



**UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Memoria de Trabajo Final de Graduación

bajo la modalidad de Seminario de Graduación

Para optar por el grado de Licenciatura en Psicología

**TRASTORNO FACTICIO IMPUESTO A OTRO (SÍNDROME DE
MUNCHAUSEN): SITUACIÓN ACTUAL A PARTIR DE UNA REVISIÓN
CRÍTICA DESDE LA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA DE SU HISTORIA,
NOSOLOGÍA E INTERVENCIONES**

Brandon Albán Chavarría Chaves, B31819.

Tatiana del Carmen Huembes Tijerino, B23343.

Davis Junior Ruiz Mena, B26007.

Abril, 2023

JORGE RAFAEL
SANABRIA LEON
(FIRMA)

Firmado digitalmente por
JORGE RAFAEL SANABRIA
LEON (FIRMA)
Fecha: 2023.05.09 13:32:44
-06'00'

Dr. Jorge Sanabria León

Director de la Escuela de Psicología

MAUREEN CRISTINA BALTODANO CHACON (FIRMA)

PERSONA FISICA, CPF-06-0348-0556.

Fecha declarada: 10/05/2023 03:12:08 PM

Esta es una representación gráfica únicamente.

verifique la validez de la firma.

MSc. Maureen Baltodano Chacón

Representante de la Directora de la Sede de Guanacaste

MARCO ANTONIO
VIDAURRE
ARREDONDO
(FIRMA)

Firmado digitalmente por
MARCO ANTONIO VIDAURRE
ARREDONDO (FIRMA)
Fecha: 2023.05.09 19:31:51
-06'00'

MSc. Marco Antonio Vidaurre Arredondo

Director

SONIA ALVARADO

MARTINEZ (FIRMA)

Firmado digitalmente por SONIA
ALVARADO MARTINEZ (FIRMA)
Fecha: 2023.05.10 12:15:51 -06'00'

MSc. Sonia Esmeralda Alvarado Martínez

Lectora

MARIO ALBERTO

SAENZ ROJAS (FIRMA)

Firmado digitalmente por MARIO

ALBERTO SAENZ ROJAS (FIRMA)

Fecha: 2023.05.10 13:45:08 -06'00'

MSc. Mario Alberto Sáenz Rojas

Lector

BRANDON ALBAN
CHAVARRIA CHAVES
(FIRMA)

Firmado digitalmente por
BRANDON ALBAN CHAVARRIA
CHAVES (FIRMA)

Fecha: 2023.05.10 14:34:33 -06'00'

Lic. Brandon Chavarria Chaves

Postulante

DAVIS JUNIOR
RUIZ MENA
(FIRMA)

Firmado digitalmente por
DAVIS JUNIOR RUIZ MENA
(FIRMA)
Fecha: 2023.05.10 14:47:12
-06'00'

Lic. Davis Junior Ruiz Mena

Postulante

TATIANA DEL
CARMEN
HUEMBES
TIJERINO (FIRMA)

Firmado digitalmente
por TATIANA DEL
CARMEN HUEMBES
TIJERINO (FIRMA)
Fecha: 2023.05.10
14:44:40 -06'00'

Licda. Tatiana del Carmen Huembes Tijerino

Postulante

Dedicatoria

A Dios por ser la primera fuente de sabiduría e inteligencia en mi vida.

A mi abuela Severa Godoy Godoy que descansa en la paz del Señor, pero que me enseñó que el principio de la sabiduría humana es el temor de Dios.

A mi madre Blanca Aurora Chaves Godoy y mi padre Albán Chavarría Espinoza.

Brandon Albán Chavarría Chaves

A Dios, a mi amada abuela Mariana del Carmen Sequeira Henríquez que descansa en la paz del señor, a mi madre Carmen Margot Tijerino Henríquez, a mi tía Johanna del Carmen Tijerino Henríquez y a mi esposo Davis Junior Ruiz Mena por su gran amor y apoyo.

Tatiana del Carmen Huembes Tijerino

A Dios, a mis padres Víctor Abilio de Belén Ruiz Jiménez y Luz Gerardina Mena Quiros, a mis hermanos Ronny Avilio, Deiler Felipe, Maryluz y Kevin Dixon Ruiz Mena y a mi esposa Tatiana del Carmen Huembes Tijerino por siempre brindarme amor y motivación para cumplir mis sueños.

Davis Junior Ruiz Mena

Agradecimientos Especiales

Al profesor MSc. Marco Antonio Vidaurre Arredondo, por aceptar acompañarnos en este viaje, compartir su conocimiento y experiencia en psicología sistémica, por su gran apoyo, paciencia, disposición y comprensión.

*

A la profesora MSc. Sonia Esmeralda Alvarado Martínez, por permitirnos en su curso explorar temas nuevos y poder hacer un aporte a la Psicología desde la psicología psicodinámica y motivarnos a investigar.

*

Al profesor MSc. Mario Alberto Sáenz Rojas, por transmitirnos su amplio conocimiento y experiencia en el tema de la violencia infantil y la psicología, por sus valiosos ejemplos y reflexiones en clases.

Brandon, Tatiana y Davis

Agradecimientos

A Karen Ruiz Juárez, Fernando Cascante Gómez, Gerardo Gavarrete Brenes, Mélida Carballo Meza, Gabriela Meléndez Alfaro, Santiesteban Marín Meza y Vera Alicia Mena López, por ser adultos que acompañaron como figuras parentales y consejeros espirituales mi estancia en la Ciudad de Liberia durante mi formación.

Brandon Albán Chavarría Chaves

*

A nuestras queridas compañeras de universidad, Dra. Diana Cecilia Méndez Masis, Licda. Greilyn Priscilla Amador Barrantes y Bach. Samanta Chavarría Corrales por su apoyo y su compañía durante las largas horas de estudio.

Tatiana del Carmen Huembes Tijerino

*

A nuestros amigos, Bach. Carlos Antonio Roblero Argüello y Bach. Efraín Alberto Ruiz Chavarría por su sincera amistad y cariño.

Davis Junior Ruiz Mena

Epígrafe

“Los niños no recuerdan lo que tratas de enseñarles
recuerdan lo que eres.”

Jim Henson

(Creador de “The Muppets”)

Tabla de Contenido

Dedicatoria	i
Agradecimientos Especiales.....	ii
Agradecimientos	iii
Epígrafe.....	iv
Índice de tablas	viii
Índice de Figuras.....	ix
Tabla de abreviaturas	x
Resumen	xii
Ficha Bibliográfica	xiii
Introducción.....	1
Marco referencial.....	3
Antecedentes Internacionales.....	3
Antecedentes Nacionales	8
Marco Teórico Conceptual	11
Delimitación y Problemática	29
Objetivos.....	31
Metodología.....	32
Fase 1: Teórica y reflexiva	32
Fase 2: Trabajo de Campo.....	33
Fase 3: Divulgación de información	36
Sistematización	37

Análisis de resultados	37
Rol de cada persona estudiante	40
Consideraciones éticas	41
CAPÍTULO 1: Historia y nosología del Trastorno Facticio Impuesto a Otro	43
Historia del Trastorno Facticio Impuesto a Otro	43
CAPÍTULO 2: Situación actual de la violencia infantil y el Trastorno Facticio Impuesto a Otro en Costa Rica.....	60
Riesgos asociados a la violencia y maltrato infantil.....	61
Estadísticas.....	64
Políticas, planes e instituciones relacionados con la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes	75
Marco de Legalidad	76
CAPÍTULO 3: Abordaje institucional de la violencia infantil y el Trastorno Facticio Impuesto A Otro.....	81
Abordaje Institucional de los Casos de Violencia Infantil.....	82
CAPÍTULO 4: Abordaje del Trastorno Facticio Impuesto a Otro.....	86
Abordaje psicoterapéutico para la persona víctima.....	87
Abordaje psicoterapéutico para la persona victimaria	105
CAPÍTULO 5: Fortalezas y debilidades de los abordajes psicoterapéuticos del Trastorno Facticio Impuesto a Otro.....	112
CAPÍTULO 6. Apreciaciones Finales.....	126
Conclusiones	126
Aprendizajes Personales.....	131
CAPÍTULO 7: Alcances, Limitaciones y Recomendaciones	134

Alcances	134
Limitaciones	135
Recomendaciones	135
Referencias	138
Apéndices	143
Apéndice A. Guía de sondeo preliminar	143
Apéndice B. Guía de entrevista semiestructurada	144
Apéndice C. Consentimiento informado	147
Apéndice D. Reporte de la Fiscalía Adjunta de Hechos Conta la Violencia en Perjuicio de Niñas, Niños y Adolescentes	152
Apéndice E. Reporte del Organismo de Investigación Judicial	158
Apéndice F. Brochures	162

Índice de tablas

Tabla 1	9
Tabla 2	13
Tabla 3	34
Tabla 4	38
Tabla 5	39
Tabla 6	53
Tabla 7	56
Tabla 8	65
Tabla 9	66
Tabla 10	68
Tabla 11	89

Índice de Figuras

Figura 1	51
-----------------------	----

Tabla de abreviaturas

ATAP: Asistentes Técnicos de Atención Primaria.

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.

CEINNAA: Comité de Estudio Integral del Niño, Niña y Adolescente Agredido.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

CNA: Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia.

CONAPDIS: Consejo Nacional de Personas con Discapacidad.

CP: Código Penal.

DRIPSS: Direcciones de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

FANNA: Fiscalía Adjunta de Atención de Hechos de Violencia en Perjuicio de Niñas, Niños y Adolescentes.

IMAS: Instituto Mixto de Ayuda Social.

MEP: Ministerio de Educación Pública.

MJP: Ministerio de Justicia y Paz.

MP: Ministerio Público.

MS: Ministerio de Salud.

OIJ: Organismo de Investigación Judicial.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organización No Gubernamental.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PANI: Patronato Nacional de la Infancia.

PME: Persona Menor de Edad.

SIBDI: Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información.

SMP: Síndrome de Munchausen por poderes.

TFIO: Trastorno Facticio Impuesto a Otro.

UNICEF: United Nations International Children´s Emergency Fund.

Resumen

El Trastorno Facticio Impuesto a Otro (TFIO) antes conocido como Síndrome de Munchausen por Poderes o by Proxy (SMP) es un trastorno que tiene una dinámica en la cual participan dos personas en una relación simbiótica en la cual la madre, padre o persona encargada (victimaria) finge, simula o produce síntomas físicos o mentales en una persona menor de edad (PME) (víctima) llevándole constantemente a centros de salud para someterle a tratamientos, cirugías o procedimientos innecesarios o que se vuelven necesarios por la producción de los síntomas. El TFIO Se caracteriza por su complejidad diagnóstica, carencia de información, formación y pocos casos publicados. Por esta razón, este seminario de graduación plantea los objetivos generales de revisar desde una perspectiva crítica la historia, la nosología y la situación actual en Costa Rica y analizar de forma integral las intervenciones psicológicas implementadas tanto para el abordaje de la persona víctima como de la persona victimaria. Se utilizó la estrategia metodológica de Pedagogía Crítica, el objeto de estudio es el TFIO. Se realizó la investigación en tres fases: Fase 1: Teórica, Fase 2: Trabajo de Campo, Fase 3: Divulgación de información. La investigación tiene un enfoque cualitativo, lógica y proceso inductivo, va de lo particular a lo general y su alcance es descriptivo. El método de recolección de datos fue una exhaustiva revisión bibliográfica y un foro. Se concluye que las acciones u omisiones derivadas de la dinámica disfuncional del TFIO corresponden a manifestaciones de la violencia y por lo tanto es violencia infantil. En cuanto al abordaje psicoterapéutico de las dos partes, se recomienda la aplicación del modelo ACCEPTS de Sanders y Bursch (2020), además, al tener una causa multifactorial se debe hacer una revisión del vínculo materno filial y de la historia de vida de la persona con TFIO con el fin de encontrar elementos en su pasado y formas de vincularse para comprender las razones que motivaron la aparición o desarrollo del TFIO y abordarlas en la terapia. La psicoterapia no debe culpabilizar o juzgar a la persona con TFIO sino acompañarle y guiarle a reconocer, asumir, aceptar, visualizar, ser consciente y comprender sus actuaciones en contra de la PME y así elaborar y resignificar su experiencia en busca de mejorar su malestar emocional. Después de la terapia se le debe dar seguimiento a largo plazo a la PME para evitar que repita su vivencia en la vida adulta con sus hijos o hijas o PME bajo su cargo.

Palabras Claves: Trastorno Facticio Impuesto a Otro, Síndrome de Munchausen, persona víctima, persona victimaria, intervención psicológica.

Ficha Bibliográfica

Ficha Bibliográfica

Chavarría, B., Huembes, T., y Ruiz, D. (2023). Trastorno Facticio Impuesto a Otro (Síndrome De Munchausen): Situación Actual a partir de una Revisión Crítica desde la Perspectiva Psicológica de su Historia, Nosología e Intervenciones. [Trabajo Final de Graduación, modalidad seminario, para optar por el grado y título de Licenciatura en Psicología]. Universidad de Costa Rica, Sede de Guanacaste.

Director: MSc. Marco Antonio Vidaurre Arredondo.

Palabras Claves: Trastorno Facticio Impuesto a Otro, Síndrome de Munchausen, persona víctima, persona victimaria, intervención psicológica.

Introducción

El Trastorno Facticio Impuesto a Otro (TFIO), anteriormente conocido como Síndrome de Munchausen por Poderes o by Proxy (SMP), es un fenómeno que se caracteriza por ser una manifestación de violencia generalmente perpetrado contra personas menores de edad (PME). La madre, padre o persona encargada finge, simula o produce síntomas en su hijo o hija llevándole constantemente a centros de salud para someterle a tratamientos, cirugías y en general procedimientos de salud innecesarios al principio o que se vuelven necesarios por la producción de los síntomas (Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE- 11], 2021).

En la dinámica de este padecimiento se ven involucradas dos personas, una que funge como victimaria y otra como víctima. La primera, se trata de la persona que porta el diagnóstico de TFIO que es la madre, padre (biológico o adoptivo) o la persona responsable o encargada legal que es quien finge, falsifica o induce los síntomas médicos, psicológicos o de comportamiento, en la mayoría de los casos este papel lo ocupa la madre. La segunda, se trata de la persona que sufre las consecuencias de ese fingimiento, falsificación o inducción de síntomas. Por lo general, las personas víctimas son PME, pero también pueden ser hijos o hijas que desde pequeños son víctimas, han alcanzado la mayoría de edad y continúan en esta situación de violencia afectando su vida y bienestar físico, mental y social (Barquero, 2004).

Este trastorno requiere de pericia profesional para su diagnóstico debido a que es poco conocido (Gomes, 2014). Es fundamental que los equipos sanitarios sean conscientes de la existencia de este padecimiento, tengan la capacidad de distinguirlo y diagnosticarlo a tiempo, que se trabaje multi y trans disciplinariamente para el manejo y la evaluación de estos casos clínicos, que a las víctimas se les dé la asistencia psicológica, social y jurídica que necesiten.

En este contexto, el objetivo de este seminario de graduación fue revisar desde una perspectiva crítica la historia, la nosología y la situación actual en Costa Rica del TFIO. Asimismo, analizar de forma integral las intervenciones psicológicas implementadas tanto para el abordaje de la persona víctima como de la persona victimaria del TFIO con la finalidad de comparar sus fortalezas y debilidades.

La poca visibilidad que tiene este padecimiento y los daños que puede producir en una PME, además del poco énfasis que se le da a la salud mental de la persona victimaria justifica la pertinencia de la realización de este Seminario. En esta línea Gomes (2014) menciona que:

El SMP puede ser considerado una patología de alta complejidad, poco conocida y poco diagnosticada en Brasil. Feldman y Brown (2002) constataron, tras una revisión de la literatura, que la mayor parte de los trabajos científicos son publicados en países de habla inglesa (p. 148).

Lo señalado por Gomes (2014) y también por Fieldman y Brown (2002) fue observado durante la exploración bibliográfica del tema, ya que la información es escasa y en general está en inglés.

El interés teórico-práctico fue dar a conocer la dinámica y las bases del TFIO, así como su abordaje psicoterapéutico. Además, se diseñó una serie de materiales de divulgación sobre el diagnóstico y las intervenciones psicológicas de dicha problemática.

La relevancia que tiene este tema radica en la influencia que puede tener dicho trastorno en la vida y en la calidad de vida de una PME, por eso, su diagnóstico certero y a tiempo es fundamental.

Como estrategia metodológica, se tomó de referencia el enfoque cualitativo de investigación y se complementó con lectura fundamentada en la pedagogía crítica. Por las

implicaciones directas del manejo de este trastorno en los ámbitos principalmente hospitalarios y la limitada referencia para su manejo en lo cotidiano, el trabajo se enmarcó en el área de la Psicología Clínica y de la Salud.

Como alcance, el aporte que se hizo a la Psicología es la revisión detallada del trastorno y las implicaciones del abordaje psicoterapéutico, con la visión de brindar herramientas a futuras personas profesionales en Psicología quienes atienden o eventualmente abordarían estos casos.

Marco referencial

Los antecedentes se han estructurado en dos bloques: internacionales y nacionales, los cuales se encuentran ordenados de manera cronológica desde el año 2010 hasta la actualidad. Sin embargo, en el caso del antecedente nacional es del año 2004, esto porque es el único que se encontró y además es de gran valor teórico, por lo cual se decidió incorporarlo a pesar de no cumplir el criterio temporal.

Los antecedentes se obtuvieron posterior a una búsqueda exhaustiva en las bases de datos indexadas de la Universidad de Costa Rica.

Antecedentes Internacionales

Bass y Glasser (2014) escribieron un artículo titulado “Early recognition and management of fabricated or induced illness in children” (Reconocimiento temprano y manejo de enfermedades fabricadas o inducidas en niños, traducción propia), el cual se desarrolló utilizando la metodología de revisión bibliográfica, por ende, es un estudio teórico.

El problema de investigación no está específicamente consignado en un apartado. A pesar de esto, la propuesta y la discusión de sus resultados permite clarificar que está

relacionado con la necesidad imperante de identificar tempranamente el trastorno, esto por el impacto que tiene para la vida y el desarrollo integral de la PME.

Las personas autoras desarrollaron algunos criterios conceptuales y de abordaje para su comprensión, entre estos precisaron el concepto de “enfermedad fabricada o inducida”. También expusieron los datos relacionados con la epidemiología, las características de la persona perpetradora, los efectos en la niñez y adolescencia. El principal aporte de la investigación fue visibilizar como se presenta y reconoce el problema de la enfermedad fabricada o inducida, para esto elaboraron una lista de signos de alerta: Los síntomas y signos informados solo se observan o aparecen en presencia de los padres o el cuidado, una respuesta inexplicablemente pobre a los medicamentos prescritos u otro tratamiento, se informan repetidamente nuevos síntomas, antecedentes biológicamente improbables de eventos (p. 1416).

En lo que respecta al abordaje, se enmarcaron en el enfoque sistémico y señalaron la importancia de trabajar con el padre y la madre para que generen conciencia sobre el abuso sufrido por las PME y también para que pueda trabajar cualquier sentimiento de culpa por su ausencia o falta de apoyo a la madre o viceversa. Del mismo modo, los autores rescatan la importancia de trabajar con las y los hermanos, quienes en ocasiones pueden sentirse descuidados.

Jiménez et al (2016), publicaron un artículo llamado “El Síndrome de Munchausen por poderes: Un tipo especial de abuso infantil”, el cual tuvo como objetivo “aportar nuevos datos que faciliten una segura y adecuada intervención en caso de encontrarse con esta extraña y sutilmente peligrosa enfermedad” (p. 33). La investigación se basó en la metodología de estudio de casos.

Desde el punto de vista del contenido del trabajo presenta un análisis que trata de establecer un paralelismo entre los trastornos adictivos por uso de sustancias y trastornos de control de impulsos con la conducta de la persona victimaria del TFIO. Además, enlistan una serie de señales de alarma de la presencia del síndrome (signos y síntomas ficticios o facticios, enfermedad crónica inexplicable, discrepancias (anamnesis/hallazgos), síntomas y signos muy raros, siempre en presencia de la madre, madre “colega”, intolerancia a todos los tratamientos, madre indiferente al pronóstico, enfermedad similar en la madre o en hermanos, antecedentes familiares de muertes inexplicables) y también de diagnósticos médicos que se suelen dar previamente a la detección del trastorno (displasia congénita de caderas, hipohidrosis, proceso neurológico a nivel central, epilepsia atípica, fiebre no explicada, inhibición funcional de ADH por excesivo aporte hídrico, diabetes insípida, hipocalemia, comas recurrentes, poliuria congénita, trastornos del ciclo de la urea) (p. 37).

En cuanto al tema del tratamiento Jiménez et al (2016), señalaron que es importante realizar “(...) un proceso psicoterapéutico global, que incluirá: tratamiento individual de la madre, tratamiento individual del niño y terapia diádica de la pareja madre-hijo. Se implementará terapia familiar reestructurante para todos los miembros de la familia” (p.41).

Las personas autoras desarrollaron profusamente varios aspectos de la psicoterapia, por ejemplo, pautas de actuación del equipo terapéutico, características de la psicoterapia individual de la persona perpetradora y el abordaje de la PME víctima. En este devenir Jiménez et al (2016), señalan en sus conclusiones que: “El abordaje se hace desde las tácticas de vinculación con la víctima, por una parte y, con la autora del engaño, por otra, hasta la terapia diádica, orientada en ambos casos a conseguir la necesaria autonomía de los protagonistas de esta terrible historia de abusos” (p. 44).

Sanders y Bursch (2020) publicaron un artículo titulado “Psychological treatment of factitious disorder imposed on another/ Munchausen by proxy abuse” (tratamiento

psicológico del Trastorno Facticio Impuesto a Otro / Munchausen por abuso de poder, traducción propia).

El objetivo de las autoras fue proponer un protocolo para el abordaje de los familiares afectados por el síndrome de Munchausen por poderes. En lo que respecta a la metodología del estudio, se implementa el método de revisión documental. En cuanto al problema se indica que la preocupación de las autoras giró alrededor de la falta de información sobre los resultados y efectividad de las intervenciones psicológicas aplicadas al trastorno.

Las autoras desarrollaron en el trabajo un modelo de intervención basado en cinco etapas: preparación para la terapia, fase individual de terapia, fase de terapia de coparentalidad, fase de terapia familiar y fase de consolidación de la terapia. La fase individual de la terapia sigue 5 pasos englobados con el acrónimo inglés ACCEPTS: Reconocimiento (acknowledgement), afrontamiento (coping), empatía (empathy), crianza (parenting), hacerse cargo (taking charges) y apoyo (support).

En su artículo las autoras concluyeron que “los estudios de casos y la considerable experiencia clínica revelan que los abusadores que han sido capaces de reconocer genuinamente el abuso tienen un apoyo familiar efectivo y pueden sentir remordimiento y empatía por sus víctimas, tienen más probabilidades de beneficiarse del tratamiento” (Sanders y Bursch, 2020, p. 148) (traducción propia).

Bursch et al (2021), escribieron un artículo titulado “Evaluation and management of Factitious Disorder Imposed on Another” (Evaluación y manejo del Trastorno Facticio Impuesto a Otro, traducción propia) cuyo objetivo fue “brindar orientación a psicólogos y otros profesionales de la salud mental en entornos médicos que pueden encontrarse con personas con esta forma de psicopatología potencialmente letal” (p. 67) (traducción propia).

La metodología implementada por las autoras fue la revisión documental. Las investigadoras dedicaron gran parte del desarrollo del trabajo al tema de la evaluación del TFIO enfocándose en aspectos como: evidencias de la inducción de síntomas, evidencias del fingimiento de los síntomas y evidencias de exageración de la enfermedad, declaraciones falsas y otros comportamientos preocupantes. También las autoras abordaron el tema del diagnóstico diferencial y las comorbilidades.

Finalmente, sobre el abordaje las autoras señalaron que:

La terapia basada en evidencia que aborde las comorbilidades del abusador puede ser útil. Los ejemplos incluyen la terapia conductual dialéctica o la terapia conductual cognitiva centrada en el trauma. Los enfoques de la terapia narrativa pueden ser útiles para ayudar al abusador a comprender su propio pasado y desarrollar una nueva narrativa de vida (Bursch et al, 2021, p. 75).

Lovaglio y Del Bagge (2021) presentaron un artículo denominado “Síndrome de Munchausen por poderes. Alto riesgo para la vida de niños, niñas y adolescentes” el cual tuvo como objetivo “realizar una revisión del síndrome de Munchausen por poderes para contribuir con el diagnóstico precoz de este tipo de maltrato infantil de alto riesgo” (p. 1).

La metodología que utilizaron las autoras fue el estudio de casos en una muestra de 24 PME entre el periodo 2001-2017 que fueron diagnosticados con el Síndrome de Munchausen en el Hospital de Niños Pedro de Elizalde (Buenos Aires, Argentina).

El problema de investigación no se presentó textualmente en el artículo ni tampoco se infiere del texto. En lo que respecta al desarrollo del trabajo se explicaron las características y manifestaciones clínicas del síndrome, las estrategias para el diagnóstico, comportamiento de la madre perpetradora y el abordaje. En cuanto a este último aspecto Lovaglio y Del Bagge (2021) expresaron que:

Algunas de las metas terapéuticas serán que el paciente logre visualizar y aceptar lo que le sucedió, a través de distanciarse de lo ocurrido y de ser una persona diferente de su madre. Se tenderá a que logre tomar conciencia de la realidad que lo rodea y que pueda atribuir la responsabilidad de lo sucedido al adulto perpetrador. Otro de los objetivos será que el niño pueda expresar el afecto bloqueado que quedó ligado a escenas o pensamientos traumáticos (Lovaglio y Del Bagge, 2021, p. 14).

Antecedentes Nacionales

A nivel nacional solamente se encontró un antecedente, el cual consiste en una tesis titulada “Factores Socio familiares Asociados al Abuso Contra Niños y Niñas en la Manifestación de Trastornos Facticios por Poder (Hospital Nacional de Niños, 2000-2002)” presentada por Katherine Barquero Castro para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social en la Universidad de Costa Rica. A pesar de que la investigación tiene la visión de otra disciplina incorpora elementos valiosos para la Psicología.

La pregunta que planteó Barquero (2004) en su trabajo fue “¿cómo influyen algunos de los factores socio familiares en los trastornos facticios por poder, en niños y niñas víctimas, atendidos/as en el Hospital Nacional de Niños mediante el Comité de Estudio Integral del Niño, Niña y Adolescente Agredido (CEINNAA), de enero del 2000 a marzo del 2002?” (p. 38), la cual fue abordada desde una metodología de estudio de casos, revisión bibliográfica y observación no participante, entrevista a profundidad y genograma.

El objetivo que propuso Barquero (2004) fue “analizar la influencia de algunos factores socio familiares en la manifestación de trastornos facticios por poder, en los niños y niñas atendidos durante los años 2000 al primer trimestre del 2002 por el CEINNAA” (p. 39).

La autora, en la parte medular de su trabajo, presentó las características individuales y los factores socio familiares relacionados con los casos de TFIO. En lo que respecta a la intervención psicoterapéutica (lo cual no se aborda profusamente en el trabajo principal) indicó en las conclusiones que:

La terapia familiar sistémica es una herramienta fundamental para utilizar en el tratamiento de las familias con el trastorno. Cabe resaltar que dicho tratamiento debe darse con cada uno de los distintos subsistemas en interrelación y no de manera aislada con sus integrantes. El y la trabajadora social cuenta con la fortaleza de considerar y evaluar el contexto, y, por ende, de tener una visión más amplia de la situación “problema” (Barquero, 2004, p. 252).

Al estudiar y escrutar todos los documentos encontrados y seleccionados durante la revisión bibliográfica preliminar se observa que sobre el TFIO solamente 6 investigaciones abordan el tema del manejo y desarrollo de la psicoterapia o al menos realizan menciones sobre posibles enfoques de intervenciones psicológicas y temas a desarrollar en el manejo psicoterapéutico para la persona víctima, victimaria y/o el sistema familiar.

Tabla 1

Resumen de los antecedentes

Año	Autor (es)	Modalidad	Técnica investigación	de Psicoterapia propuesta
2004	Barquero	Tesis	Varias técnicas	Terapia familiar
2014	Bass y Glasser	Artículo	Revisión bibliográfica	Terapia familiar

2016	Jiménez et al	Artículo	Estudio de casos	Terapia familiar y diádica
2020	Sanders y Bursch	Artículo	Revisión bibliográfica	ACCEPTS
2021	Bursch et al	Artículo	Revisión bibliográfica	Terapia conductual, cognitiva y narrativa
2021	Lovaglio y del Bagge	Artículo	Estudio de casos	Temas psicoterapéuticos

En resumen, de todas las investigaciones revisadas (tanto a nivel nacional como internacional) solamente 2 desarrollaron directamente el manejo psicoterapéutico del TFIO: Jiménez et al (2016) y Sanders y Bursch (2020). Las investigaciones restantes se limitan a mencionar brevemente la psicoterapia en algún punto del documento y también a señalar algunos posibles enfoques de esta o bien temas que deben ser abordados en la psicoterapia. No obstante, no desarrollan o explican cómo debe ser desde el punto de vista procedimental el manejo y/o abordaje del proceso psicoterapéutico.

En cuanto a los trabajos realizados específicamente sobre el manejo de la psicoterapia hay que resaltar que uno está en inglés y el otro en idioma español, el cual fue realizado por Jiménez et al (2016) y publicado en la Revista Española de Pediatría, por tanto, la investigación y sistematización de los conocimientos generados alrededor del abordaje psicoterapéutico del TFIO es exiguo en el contexto de Latinoamérica. Desde el punto de vista del paradigma del abordaje psicoterapéutico hay que subrayar que el enfoque psicológico más relevante en los antecedentes es el sistémico o familiar.

Marco Teórico Conceptual

A continuación, se exponen elementos teóricos que sirven de base para el desarrollo de los objetivos planteados en este seminario.

El CIE-11 describe el TFIO de la siguiente manera:

Fingir, falsificar o inducir signos y síntomas médicos, psicológicos o del comportamiento, o lesiones en otra persona, más comúnmente un niño dependiente, asociado con un engaño descubierto. Si un trastorno o enfermedad preexistente está presente en la otra persona, el individuo agrava intencionalmente los síntomas existentes o falsifica o induce síntomas adicionales. La persona busca tratamiento para la otra persona o, de lo contrario, se presenta como enferma, herida o discapacitada en función de los signos, síntomas o lesiones fingidos, falsificados o inducidos. El comportamiento engañoso no está motivado únicamente por recompensas o incentivos externos obvios (por ejemplo, obtener pagos por incapacidad o evitar el enjuiciamiento penal por abuso de menores o mayores) (CIE- 11, 2021).

Señala Irigoyen y Salort (2017), que el TFIO es una entidad compleja que involucra a las siguientes personas: La victimaria o perpetradora, es quien impone una patología inventada a otra persona con el fin de recibir atenciones como cuidador (a) y, la víctima, es quien aprende a recibir atención materna positiva cuando adoptan el papel de persona enferma frente a las y los proveedores de atención médica.

De acuerdo con de la Cerda, Goñi y Gómez (2006), la falsificación es cuando se aportan datos incorrectos al historial clínico de la PME. La simulación de signos se puede presentar cuando la persona victimaria altera pruebas médicas para obtener un resultado deseado y la producción de signos cuando se le administra a la víctima estímulos mecánicos o sustancias irritantes para producir el síntoma deseado.

Bravo, Lagos, Borquez y Vicente (2018), indican que la gravedad en la víctima se puede clasificar en tres niveles. El primero es leve cuando la PME es asintomática, la segunda es moderada cuando hay presencia de síntomas leves y no hay riesgo en la vida y el tercero, es severo cuando los síntomas son potencialmente mortales.

La violencia contra las niñas, niños y adolescentes es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el:

Uso deliberado de fuerza física o poder en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La violencia contra niñas, niños y adolescentes implica acciones u omisiones de individuos, instituciones o colectividades, exista o no intencionalidad de causar un daño o limitar su desarrollo integral (Organización Mundial de la Salud [OMS] como se citó en United Nations International Children´s Emergency Fund/ Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2017, p. 9.).

El maltrato infantil, de acuerdo con Bravo, Lagos, Borquez y Vicente (2018), “se define como los abusos y desatención de menores de edad que causen o puedan causar un daño a la salud emocional, física y sexual, a su desarrollo, dignidad, o a poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, o confianza o poder” (p. 38).

La violencia tiene varias formas de manifestarse. Con el fin de comprender la amplitud de la palabra violencia se presenta, a continuación, una tabla que explica las principales formas de manifestación de la violencia según la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Gerencia Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Atención Integral a las Personas, Equipo Técnico Salud del Niño y Niña (2012):

Tabla 2*Manifestaciones de la violencia contra PME*

Tipo	Definición
Abuso sexual	Contacto sexualizado, físico o verbal u otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza, consentimiento inducido por engaño o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considera violencia sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida o agredido a realizar alguno de estos actos con terceras personas.
Violación Art. 156 y 157 Código Penal (CP)	<p>156- Será sancionado con pena de prisión de diez a dieciséis años, quien se haga acceder o tenga acceso carnal por vía oral, anal o vaginal, con una persona de uno u otro sexo, en los siguientes casos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cuando la víctima sea menor de trece años. 2) Cuando se aproveche de la vulnerabilidad de la víctima o esta se encuentre incapacitada para resistir. 3) Cuando se use la violencia corporal o intimidación. <p>La misma pena se impondrá si la acción consiste en introducirle a la víctima uno o varios dedos, objetos o animales, por la vía vaginal o anal, o en obligarla a que se los introduzca ella misma.</p> <p>157- La prisión será de doce a dieciocho años, cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) El autor sea cónyuge de la víctima o una persona ligada a ella en relación análoga de convivencia. 2) El autor sea ascendiente, descendiente, hermana o hermano de la víctima, hasta el tercer grado por consanguinidad o afinidad.

	<p>3) El autor sea tío, tía, sobrina, sobrino, prima o primo de la víctima, hasta el tercer grado por consanguinidad o afinidad.</p> <p>4) El autor sea tutor o el encargado de la educación, guarda o custodia de la víctima.</p> <p>5) Se produzca un grave daño en la salud de la víctima.</p> <p>6) Se produzca un embarazo.</p> <p>7) La conducta se cometa con el concurso de una o más personas.</p> <p>8) El autor realice la conducta prevaleciéndose de una relación de poder resultante del ejercicio de su cargo, y esta sea realizada por ministros religiosos, guías espirituales, miembros de la Fuerza Pública o miembros de los Supremos Poderes.</p>
<p>Relaciones sexuales con PME</p> <p>Art. 159 CP</p>	<p>Será sancionado con pena de prisión, quien se haga acceder o tenga acceso carnal por vía oral, anal o vaginal, con una persona menor de edad, siempre que no constituya delito de violación, en los siguientes supuestos:</p> <p>1) Con pena de prisión de tres a seis años, cuando la víctima sea mayor de trece y menor de quince años de edad, y el autor sea cinco o más años mayor que está en edad.</p> <p>2) Con pena de prisión de dos a tres años, cuando la víctima sea mayor de quince y menor de dieciocho años, y el autor sea siete o más años mayor que está en edad.</p> <p>3) Con pena de prisión de cuatro a diez años, siempre que el autor tenga, respecto de la víctima, la condición de ascendiente, tío, tía, hermano o hermana, primo o prima por consanguinidad o afinidad sea tutor o guardador, o se encuentre en una posición de confianza o autoridad con respecto de la víctima o su familia, medie o no relación de parentesco.</p>

	Los mismos supuestos operarán si la acción consiste en la introducción de uno o varios dedos, objetos o animales por la vía vaginal o anal.
Actos sexuales remunerados con PME Art. 160 CP	<p>Quien pague, prometa pagar o dar a cambio una ventaja económica o de otra naturaleza a una persona menor de edad o a un tercero, para que la persona menor de edad ejecute actos sexuales o eróticos, será sancionado con las siguientes penas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Prisión de cuatro a diez años, si la persona ofendida es menor de trece años. 2) Prisión de tres a ocho años, si la persona ofendida es mayor de trece años pero menor de quince años. 3) Prisión de dos a seis años, si la persona ofendida es mayor de quince años pero menor de dieciocho años.
Abusos sexuales contra PME e incapaces Art. 161 CP	<p>Será sancionado con pena de prisión de tres a ocho años, quien de manera abusiva realice actos con fines sexuales contra una persona menor de edad o incapaz o la obligue a realizarlos al agente, a sí misma o a otra persona, siempre que no constituya delito de violación.</p> <p>La pena será de cuatro a diez años de prisión cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La persona ofendida sea menor de quince años. 2) El autor se aproveche de la vulnerabilidad de la persona ofendida, o esta se encuentre incapacitada para resistir o se utilice violencia corporal o intimidación. 3) El autor sea ascendiente, descendiente, hermana o hermano de la víctima. 4) El autor sea tío, tía, sobrina, sobrino, prima o primo de la víctima.

	<p>5) El autor sea madrastra, padrastro, hermanastra o hermanastro de la víctima.</p> <p>6) El autor sea tutor o encargado de la educación, guarda o custodia de la víctima.</p> <p>7) El autor realice la conducta contra alguno de los parientes de su cónyuge o conviviente, indicados en los incisos 3) y 4) anteriores.</p> <p>8) El autor se prevalezca de su relación de confianza o autoridad con la víctima o su familia, medie o no relación de parentesco.</p>
<p>Corrupción</p> <p>Art 167 y 168 CP</p>	<p>167- Será sancionado con pena de prisión de cuatro a nueve años, quien mantenga o promueva la corrupción de una persona menor de edad o incapaz, con fines eróticos, pornográficos u obscenos, en exhibiciones o espectáculos públicos o privados, aunque la persona menor de edad o incapaz lo consienta.</p> <p>La pena será de seis a doce años de prisión, si el actor, utilizando las redes sociales o cualquier otro medio informático o telemático, u otro medio de comunicación, busca encuentros de carácter sexual para sí, para otro o para grupos, con una persona menor de edad o incapaz; utiliza a estas personas para promover la corrupción o las obliga o instiga a realizar actos sexuales, prematuros, aunque la víctima consienta participar en ellos o verlos ejecutar.</p> <p>168- En el caso del delito de corrupción, contenido en el artículo 167 de la presente ley, la pena será de seis a doce años de prisión cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La víctima sea menor de trece años. 2) El hecho se ejecute con propósitos de lucro. 3) El hecho se ejecute con engaño, violencia, abuso de autoridad o cualquier otro medio de intimidación o coacción. 4) El autor sea ascendiente, descendiente, hermana o hermano de la víctima.

	<p>5) El autor sea tío, tía, sobrina, sobrino, prima o primo de la víctima.</p> <p>6) El autor sea madrastra, padrastro, hermanastra o hermanastro de la víctima.</p> <p>7) El autor sea tutor o encargado de la educación, guarda o custodia de la víctima.</p> <p>8) El autor realice la conducta contra alguno de los parientes de su cónyuge o conviviente, indicados en los incisos 4), 5) y 6) anteriores.</p> <p>9) El autor se prevalezca de su relación de confianza con la víctima o con su familia, medie o no relación de parentesco.</p>
<p>Proxenetismo Art. 169 y 170 CP</p>	<p>169- Quien promueva la prostitución de personas de cualquier sexo o las induzca a ejercerla o las mantenga en ella o las reclute con ese propósito, será sancionado con la pena de prisión de dos a cinco años. La misma pena se impondrá a quien mantenga en servidumbre sexual a otra persona.</p> <p>170- La pena será de cuatro a diez años de prisión, cuando se realice una de las acciones previstas en el artículo anterior y concurra, además, alguna de las siguientes circunstancias:</p> <p>1) La víctima sea menor de dieciocho años.</p> <p>2) Medie engaño, violencia, abuso de autoridad, una situación de necesidad de la víctima o cualquier medio de intimidación o coacción.</p> <p>3) El autor sea ascendiente, descendiente, hermana o hermano de la víctima.</p> <p>4) El autor sea tío, tía, sobrina, sobrino, prima o primo de la víctima.</p>

	<p>5) El autor sea madrastra, padrastro, hermanastra o hermanastro de la víctima.</p> <p>6) El autor sea tutor, o encargado de la educación, guarda o custodia de la víctima.</p> <p>7) El autor realice la conducta contra alguno de los parientes de su cónyuge o conviviente, indicados en los incisos 3) y 4) anteriores.</p> <p>8) El autor se prevalezca de su relación de confianza con la víctima o su familia, medie o no relación de parentesco.</p>
<p>Rufianería Art. 171 CP</p>	<p>Será sancionado con pena de prisión de dos a ocho años, quien, coactivamente, se haga mantener, aunque sea en forma parcial, por una persona que ejerza la prostitución, explotando las ganancias provenientes de esa actividad. La pena será:</p> <p>1) Prisión de cuatro a diez años, si la persona ofendida es menor de trece años.</p> <p>2) Prisión de tres a nueve años, si la persona ofendida es mayor de trece años, pero menor de dieciocho años.</p>
<p>Trata de personas Art. 172 CP</p>	<p>Será sancionado con pena de prisión de seis a diez años, quien mediante el uso de las tecnologías o cualquier otro medio, recurriendo a la amenaza, al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder, a una situación de vulnerabilidad, o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, promueva, facilite, favorezca o ejecute, la captación, el traslado, el transporte, el alojamiento, el ocultamiento, la retención, la entrega o la recepción de una o más personas dentro o fuera del país, para someterlas a trabajos o servicios forzados y otras formas de explotación laboral, la servidumbre, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, el matrimonio servil o forzado, la adopción irregular, la</p>

	<p>mendicidad forzada, el embarazo forzado y el aborto forzado y la ejecución de cualquier forma de explotación sexual.</p> <p>La pena de prisión será de ocho a dieciséis años, si media, además, alguna de las siguientes circunstancias:</p> <p>a) La víctima sea menor de dieciocho años de edad, persona adulta mayor o con discapacidad.</p> <p>b) El autor sea cónyuge, conviviente o pariente de la víctima hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad.</p> <p>c) El autor se prevalezca de su relación de autoridad o confianza con la víctima o su familia, medie o no relación de parentesco.</p> <p>d) El autor se aproveche del ejercicio de su profesión o de la función que desempeña.</p> <p>e) La víctima sufra grave daño en su salud, la muerte, o deceso por suicidio como consecuencia de la acción de trata de personas antes descrita.</p> <p>f) El hecho punible haya sido cometido por un grupo delictivo integrado por dos o más miembros.</p> <p>Será sancionado con la pena señalada en el primer párrafo de este numeral, quien promueva, facilite, favorezca o ejecute, la captación, el traslado, el transporte, el alojamiento, el ocultamiento, la retención, la entrega o la recepción de una o más personas dentro o fuera del país, para la extracción ilícita o el trasplante ilícito de órganos, tejidos, células o fluidos humanos.</p> <p>Tratándose de personas menores de edad, para la configuración del delito no será necesario que se recurra a los modos de ejecución descritos en el primer párrafo de este artículo.</p>
Explotación sexual comercial	<p>Utilización sexual de PME, donde medie un beneficio económico o en especie para la PME, familiares o personas intermediarias. Incluye: La venta y el tráfico de PME –intra-país o internacional-</p>

	con propósitos de carácter sexual. La utilización de PME en pornografía -incluyendo el internet- y en espectáculos públicos o privados de carácter sexual.
Incesto	Cualquier acto con cariz sexual entre un adulto o adulta en posición de autoridad y una niña o niño en posición de dependencia. El adulto o adulta puede ser un miembro de la familia o una persona que tiene la responsabilidad del cuidado y la seguridad del niño o niña. Cualquier acto con cariz sexual que la persona adulta obligue al niño o a la niña a mantenerlo en secreto. Cualquier contacto sexual que puede ser directo, pero que no involucra necesariamente la penetración. Cualquier contacto sexual indirecto: puede ocurrir sin contacto físico, como sucede al obligar a un niño o niña a desvestirse para la satisfacción sexual del adulto o de la adulta. Cualquier contacto sexual directo o indirecto en el cual el niño o la niña no son capaces de consentir, debido a su corta edad o por las diferencias de poder y la naturaleza de la relación con el adulto o adulta. Desde el punto de vista penal, el incesto se tipifica en los delitos sexuales anotados cuando se trata de actividades sexuales con abusadores como figura de confianza (familiares consanguíneos o no y otras figuras que aparecen en el Código Penal).
Trabajo infantil y explotación laboral adolescente	Trabajo que priva a los niños de su niñez, potencial y dignidad, que es perjudicial para su desarrollo físico y psicológico. En adolescentes menores de 15 años se denomina explotación laboral cuando realiza cualquier tarea laboral con su respectivo riesgo. En adolescentes mayores de 15 años se denomina explotación laboral cuando a pesar de tener una edad en que legalmente puede trabajar, lo hace en condiciones de riesgo para su bienestar integral. En las formas más extremas de trabajo infantil, los niños o niñas son sometidos a situaciones de esclavitud, separados de su familia, expuestos a graves peligros y enfermedades y/o

	abandonados a su suerte en la calle de grandes ciudades (con frecuencia a una edad muy temprana).
Abuso físico	Se manifiesta por medio de golpes, quemaduras, heridas, pellizcos, empujones, patadas, sacudidas y otros. El uso intencional de la fuerza y del ejercicio abusivo del poder realizado por cualquier persona, que provoca o no lesiones físicas, que atenta contra la integridad y dignidad física e infligen dolor en una PME con el objeto de corregir o controlar una conducta.
Castigo físico	Toda forma de agresión física que no produce lesión, pero deja memoria de dolor en la PME que lo recibe, es utilizado por una persona adulta en relación de guardia crianza o custodia, con fines de corrección de comportamientos que esa persona considera perjudiciales para el niño o niña, o para terceras personas.
Síndrome de Niño Sacudido	Cuando un padre/madre u otra persona que cuida le sacude por enojo o frustración, a menudo debido a que el niño o la niña no deja de llorar, causando hemorragias agudas subdurales, subaracnoideas y retiniana y neoformación perióstica en las metafisis de huesos largos, producto del sacudimiento.
Abuso emocional	Toda acción u omisión que dañe la autoestima o el desarrollo potencial de una PME. El niño o niña llega a creer lo que se le dice, sobre todo si es su madre, padre o su encargado quien cometen el abuso, dañando así su autoestima. Esa baja autoestima le hace más vulnerable a otras formas de abuso y puede llevar a conductas autodestructivas, incluso suicidas. Se incluye en este abuso, la privación de afecto por parte de padre, madre o adultos responsables, que provocan sentimientos en el niño o niña de que no es deseado(a), querido(a) ni validado(a). Algunos ejemplos de indicadores del abuso emocional son: Abuso verbal: Comentarios sarcásticos, negativos, críticos, severos, irrisorios o condescendientes, dirigidos o referidos al

	<p>niño/a. Los comentarios despectivos sobre su aspecto y desempeño debilitan la personalidad.</p> <p>Comparaciones negativas: hacer comparaciones desfavorables del niño o niña con respecto a sus hermanos(as) o compañeros(as). Generalmente, el padre, madre o cuidador(a) hacen caso omiso de sus sentimientos de vergüenza, los ignoran, les restan importancia o abiertamente se ríen de ellos. El tratar a PME con una actitud dura y juzgadora, expresada a través de la categorización y los sobrenombres, socava su autoestima.</p> <p>Terrorismo emocional: Amenazas, situaciones de terror, secuestro temporal o prologado, exposición al frío, impedimento del sueño y cualquier acción sutil en la que el menor es rechazado, regañado o amenazado de ser golpeado o de perder el afecto. Las amenazas de abandono son ampliamente utilizadas por padres, madres o encargados como medida disciplinaria y son causa frecuente de fobias a la escuela, enfermedades psicósomáticas y otros síntomas en los niños/as. La amenaza de que uno de los progenitores podría irse y abandonar al niño o niña, o bien, suicidarse, aterrorizan aún más e imponen una enorme carga de culpabilidad sobre la PME.</p>
PME testigos de violencia	<p>Consecuencias que produce la experiencia que viven PME como testigos(as) de violencia, especialmente en sus hogares. Aunque en estos casos, no recibe la violencia directamente hacia sí mismos(as), el presenciarla le genera traumas y daños igualmente importantes y duraderos.</p>
PME trianguladas	<p>Situación de dos personas en conflicto, quienes, en lugar de intentar resolver sus diferencias, involucran a una tercera, en un intento de evitar o difuminar su conflicto. La triangulación, se puede presentar en distintas esferas de la vida cotidiana y de diferentes formas, en este caso interesan las situaciones que se presentan a nivel de familia, ya que usualmente las personas involucradas son PME, quienes por su edad presentan un mayor</p>

	nivel de vulnerabilidad, desarrollando posteriormente reacciones compensatorias como síntomas de enfermedad, problemas de conducta e impulsividad.
Abuso emocional crónico	Este abuso puede variar desde una ligera irritabilidad en el trato a la PME, hasta el sadismo y la brutalidad. Implica que padres, madres y/o cuidadores creen que deben someterle a la autoridad – por su propio bien- para “socializarlos adecuadamente”. Perciben que tienen justificación al castigar cuando se rehúsa a cumplir inmediatamente. En una demostración de poder o enfrentamiento directo, padres, madres y/o cuidadores manifiestan actitudes punitivas feroces que difieren mucho de su comportamiento usual. Estos estallidos violentos intimidan y aterrorizan al niño/a, quien siente que sus padres han perdido el control.
Carencia de respeto por los límites personales	Padres, madres o encargados creen que sus hijos o hijas “les pertenecen”, como si fueran una propiedad. Tienden a hablar en su nombre, a tomar sus logros como propios, a fanfarronear excesivamente con sus amistades sobre sus éxitos y, en general, a vivir indirectamente a través de ellos o ellas.
Reprimenda ante la vivacidad, espontaneidad y curiosidad	La espontaneidad y vivacidad típica de niños (as) pequeños frecuentemente despiertan sentimientos de tensión, vergüenza, culpabilidad y enfado en muchos padres y madres, quienes se sienten entonces obligados a controlarles y restringirles. Eventualmente, el niño (a) dejan de sentir orgullo por sus logros y tiene dificultades para reconocer su propio valor.
Permisividad excesiva	Esta evita que el niño/a desarrolle controles internos apropiados sobre la conducta. Los padres y madres demasiado permisivos no proveen suficiente control ni dirección.
Falta de coherencia en las personas responsables de la	Los patrones de crianza hablan de un tipo de abuso que se caracteriza por enviar mensajes mixtos. Es una discrepancia entre la palabra hablada y los sentimientos verdaderos, que distorsiona el sentido de la realidad.

guarda, crianza y cuidado	
Sobreprotección	Limita las experiencias a las que está expuesto un niño (a), así como, su capacidad para enfrentar la vida, creando dependencia. Padres y madres que no comprenden bien la necesidad de las PME de crecer y de ser individuos autónomos, tienden a restringir su libertad de movimiento, desalentar o prevenir sus intereses independientes o preocuparse exageradamente por la salud física de sus hijos e hijas.
Enseñanza de actitudes negativas hacia la sexualidad	La forma cargada de prejuicios y estereotipos con que algunos padres y madres educan a las PME acerca de la sexualidad constituye en realidad un tipo de abuso emocional en tanto obstruye el desarrollo integral y no le prepara para una vivencia responsable de la sexualidad como dimensión de su personalidad. Además, ante la ausencia de información adecuada, niños, niñas y adolescentes buscan pornografía para “aprender”, lo cual les da un acercamiento distorsionado de la sexualidad, limitado a la genitalidad, que puede convertirse en un factor que les vuelve vulnerables ante posibles abusos sexuales.
Actitudes parentales basadas en la creencia de que el niño/a es inherentemente malo/a	Los procedimientos de corrección basados en la percepción de la naturaleza del niño(a) como seres inherentemente pecadores y malos legitiman el uso de distintas formas de castigo y agresión, limitan la capacidad parental de reconocer y acompañar esos comportamientos como propios del proceso de desarrollo.
Figuras paternas esporádicas	Se caracteriza por la ausencia de una relación afectiva permanente o constante entre la PME y el padre o la madre o persona cuidadora, resultante de la presencia de distintos compañeros (as) sexuales de los progenitores.

Abuso emocional en el escenario educativo	Toda acción u omisión en la que una persona en una relación de poder produce daño a la integridad, autoestima o desarrollo potencial de la PME. Típicamente se presenta bajo la forma de hostilidad verbal crónica (insultos, burlas, desprecio, críticas o amenazas) y el constante bloqueo de las iniciativas de la PME. En el contexto escolar, este se manifiesta también por la falta de respuesta a las necesidades de aprendizaje de los y las estudiantes, a la falta de interés y atención por parte de los docentes respecto a aciertos, al rechazo, la ridiculización, comparaciones y discriminación por condición de discapacidad, género, etnia, nacionalidad o por dificultades de aprendizaje.
Abuso patrimonial	Acción u omisión que implica daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de PME con quienes se tiene una relación de guarda y/o crianza.
Abuso prenatal	Todas aquellas acciones negligentes activas o pasivas-individuales (madre, padre u otros), sociales o institucionales que atentan contra el potencial de desarrollo integral y los derechos humanos de las PME durante su vida prenatal.
Negligencia	Privación de los recursos y necesidades materiales biológicas, afectivas, intelectuales, sociales, morales, éticas, de valores y espirituales de la PME a pesar de que sus encargados se las pueden brindar o están en condiciones de hacerlo, lo que lleva a la no satisfacción de las necesidades básicas.
Abandono	La familia o cuidadores ponen en grave peligro la salud o la vida de alguien, al colocarlo en estado de desamparo físico, abandonado a su suerte, a una persona incapaz de valerse por sí misma y a la que debe mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado. De manera especial en nuestro país se trata el

	abandono de recién nacidos de menos de tres días de edad y en particular cuando se presentan graves daños o la muerte.
Falsificación de un proceso pediátrico	Término con el que se admite la existencia de muchas formas de elaborar enfermedades, con motivaciones distintas al SMP. El denominado “síndrome de la mascarada”, cuyo propósito es mantener al niño en casa; el “buscador de ayuda”, circunstancia que cesa tras su obtención o el denominado Síndrome de Munchausen tipo Doctor Shopping, que es “ir de compras, al médico”, en la creencia de que no se está atendiendo correctamente al niño, exagerando los síntomas que ayuden a pasar de un examen físico a otro, no son incluibles en el SMP. En estos casos no suele haber daño físico real infligido.
Trastorno Facticio Impuesto a Otro	Fingir, falsificar o inducir signos y síntomas médicos, psicológicos o del comportamiento, o lesiones en otra persona, más comúnmente un niño dependiente, asociado con un engaño descubierto. Si un trastorno o enfermedad preexistente está presente en la otra persona, el individuo agrava intencionalmente los síntomas existentes o falsifica o induce síntomas adicionales. La persona busca tratamiento para la otra persona o, de lo contrario, se presenta como enferma, herida o discapacitada en función de los signos, síntomas o lesiones fingidos, falsificados o inducidos. El comportamiento engañoso no está motivado únicamente por recompensas o incentivos externos obvios (por ejemplo, obtener pagos por incapacidad o evitar el enjuiciamiento penal por abuso de menores o mayores) (CIE- 11, 2021).
Abuso entre pares, matonismo, bullying	Maltrato hacia iguales en la edad escolar, en el que puede mediar la provocación o no, llevarse a cabo en forma grupal o individual; presentarse de manera persistente y sostenida hacia una persona y provocar situaciones emocionales que socaven la estabilidad de quienes lo padecen. El abuso entre PME puede ser:

	<p>Verbal: insultos, humillaciones, amenazas, apodosos o sobrenombres y menosprecios en público para poner en evidencia al “débil”.</p> <p>Físico: golpes, zancadillas, pinchazos, patadas, empujones.</p> <p>Social: exclusión activa (no dejar participar) o pasiva (ignorar), difusión de rumores y calumnias contra la víctima aislarla del grupo creando en ella la sensación de marginación y de soledad.</p> <p>Psicológico: hechos encaminados a bajar la autoestima del individuo haciéndole aumentar su inseguridad y su ansiedad, acoso, gestos de asco, desprecio o agresividad, daño a los objetos propiedad de la víctima.</p> <p>Sexual: acoso sexual u otras manifestaciones.</p> <p>Económico: robos de pequeñas cantidades de dinero, material escolar, comida.</p>
Abuso institucional	Cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada 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 de la PME.
Abuso espiritual	Es cuando una persona con posición de poder o autoridad ante una PME asume una actitud de imposición, manipulación y dominio sobre sus opiniones, sentimientos o acciones a partir de una confesión religiosa coaccionando sin respetar el sentir, pensar y hacer de la PME en materia de su propia vivencia de espiritualidad, generando un comportamiento de sumisión, dependencia que niegue su libertad, autonomía y dignidad.

Nota: Guía de Atención Integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso de la Caja Costarricense de Seguro social, 2012.

Las descripciones anteriores muestran que existen diversas formas en que la violencia contra las PME puede expresarse y que no necesariamente es mediante el abuso físico sino también por otras formas de abuso emocional y psicológico.

Por otra parte, para poder dar respuesta a las solicitudes de atención expuestas desde las demandas planteadas por las personas que son victimarias y víctimas de un TFIO, la Psicología cuenta con la Psicoterapia, que:

Es el arte de utilizar estrategias psicológicas para ayudar a las personas a encontrar soluciones eficaces a su problema desde la conversación y la colaboración entre cliente y terapeuta, en una relación marcada por el encuentro y descubrimiento personal de nuevas maneras de percibir y reaccionar ante la realidad que cada uno de nosotros construye continuamente (Pérez, Parra y Espinosa, 2014, p. 1).

Como la Psicología cuenta con varios enfoques, por ejemplo, los modelos psicodinámicos, cognitivo-conductual, humanístico existencial, sistémicos entre otros, se pueden implementar diversas estrategias de intervención psicoterapéutica que varían en sus supuestos, focos de abordaje, objetivos y métodos, pero la mayoría de estas se proponen favorecer, desde la atención a la persona usuaria para “disminuir la sensación subjetiva de malestar emocional o conductual” (Pérez, Parra y Espinosa, 2014, p. 1).

La psicoterapia es importante para que la persona víctima y victimaria puedan reconocer la situación de violencia, elaborar y resignificar su experiencia en esta dinámica y encontrar soluciones saludables a las distintas problemáticas que se presentan por medio de reajustes emocionales. Además, explorar los estados de ánimos, los sentimientos, los pensamientos y los comportamientos propios para tomar el control de la vida. Otras ciencias de la salud no brindan una intervención que se enfoque en los aspectos emocionales pero por medio de las estrategias, técnicas e instrumentos que ofrece la psicología es posible dar este acompañamiento para hacer frente a los desafíos y conflictos.

Delimitación y Problematización

El Trastorno Facticio Impuesto a Otro por lo general se diagnóstica tarde, cuando la víctima ha pasado por muchos tratamientos médicos innecesarios, o procedimientos que se vuelven necesarios debido a la inducción de enfermedades. Es importante dar a conocer este padecimiento y así evitar más daños a las víctimas.

En un sondeo realizado por las personas estudiantes proponentes del seminario se observó que las y los estudiantes de Psicología desconocen qué es el Trastorno Facticio Impuesto a Otro (78.7 %) y también las personas profesionales en ejercicio (27,3%). En el caso de las y los profesionales solamente el 15,6% han realizado la psicoterapia del trastorno.

El desconocimiento del tema en las y los estudiantes y la poca realización de la intervención psicoterapéutica por parte de las personas profesionales puede ser un factor agravante en la detección y manejo temprano del trastorno, lo cual impacta negativamente el desarrollo de las víctimas. Barquero (2004), menciona al respecto que:

Sobre los trastornos facticios por poder, conocido frecuentemente como Síndrome de Munchausen by proxy, se tienen múltiples investigaciones elaboradas en su mayoría desde el nivel internacional, lo cual es congruente con lo que expresaron como limitación las profesionales expertas en la materia, Licda. Ana Virginia Quesada Morales, Jefe del Servicio de Trabajo Social y Coordinadora del CEINA, Dra. Ivonne Gómez León, pediatra y Dra. Jazmín Jaramillo Borges, Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología, todas del HNN (2002); quienes consideran que en nuestro país no se cuenta con la sistematización teórica y práctica sobre el tema (Barquero, 2004, p. 35).

Además, existe un vacío teórico en cuanto al desarrollo de conocimientos acerca de cómo se realiza la psicoterapia, por esta razón en este seminario se han planteado las

siguientes preguntas principales. 1. ¿Cuál es la situación actual del Trastorno Facticio Impuesto a Otro (Síndrome de Munchausen) a partir de una revisión crítica desde la perspectiva psicológica de la historia, nosología y las intervenciones psicológicas? 2. ¿Cómo son las intervenciones psicológicas tanto para las personas víctimas como las personas victimarias del Trastorno Facticio Impuesto a Otro?

Objetivos

General

1. Revisar desde una perspectiva crítica la historia, la nosología y la situación actual en Costa Rica del Trastorno Facticio Impuesto a Otro.
2. Analizar de forma integral las intervenciones psicológicas implementadas tanto para el abordaje de la persona víctima como de la persona victimaria del Trastorno Facticio Impuesto a Otro con la finalidad de comparar sus fortalezas y debilidades.

Específicos

- 1.1. Explicar histórica y nosológicamente el Trastorno Facticio Impuesto a Otro desde una perspectiva crítica.
- 1.2. Indagar la situación actual del Trastorno Facticio Impuesto a Otro en Costa Rica y su abordaje institucional.
 - 2.1. Describir el abordaje psicoterapéutico que desde diferentes enfoques se le brinda a la persona víctima del Trastorno Facticio Impuesto a Otro.
 - 2.2. Describir el abordaje psicoterapéutico que desde diferentes enfoques se le brinda a la persona victimaria del Trastorno Facticio Impuesto a Otro.
 - 2.3. Comparar las fortalezas y debilidades de los diferentes abordajes psicoterapéuticos aplicados tanto en la persona víctima como en la persona victimaria del Trastorno Facticio Impuesto a Otro.
 - 2.4. Diseñar material de divulgación de información que resuma los principales aportes del seminario.

Metodología

El siguiente Trabajo Final de Graduación se presentó en la Modalidad de Seminario de Graduación, que de acuerdo con el Reglamento de Trabajos Finales de Graduación (2020), se define como una “actividad académica, a partir de la cual se desarrolla un proceso de estudio, familiarización y dominio en un área específica de la psicología o con un enfoque interdisciplinario, bajo la dirección teórica y metodológica de un profesor o una profesora de la Universidad” (p. 20). Además, se caracterizó por el encuentro y la participación reiterada del grupo de estudiantes y el equipo asesor en sesiones de trabajo donde se discutió el problema científico o profesional, familiarizándose con las teorías y métodos de investigación.

Este Seminario de Graduación utilizó la estrategia metodológica llamada Pedagogía Crítica, no se trata de una simple transmisión del saber sino de un proceso de construcción del conocimiento desde la problematización, se utilizó una conciencia ética y crítica por medio del diálogo en una relación horizontal con el equipo asesor (Ramírez, 2008). El objeto de estudio es el Trastorno Facticio Impuesto a Otro.

El desarrollo de este Seminario se realizó en tres fases: Fase 1: Teórica, Fase 2: Trabajo de Campo, Fase 3: Divulgación de información. A continuación, se explicarán cada una de ellas.

Fase 1: Teórica y reflexiva

La investigación que se desarrolló en la Fase 1, se enmarcó en el enfoque cualitativo, el cual “utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de información” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 7). La investigación se basó en una lógica y proceso inductivo ya que lo que buscó fue explorar, describir y generar perspectivas teóricas, va de lo particular a lo general y por eso su alcance es descriptivo.

El método de recolección de datos en esta fase fue una exhaustiva revisión bibliográfica en la que se definió un problema o situación, se buscó la información o material informativo (libros, artículos en revistas de divulgación, investigación científica, trabajos finales de graduación, sitios web, entre otros) los cuales se leyeron y clasificaron por pertinencia y relevancia para la investigación. Luego, se procedió a organizar la información por medio del programa Mendeley Desktop 1.19.4. Una vez que la información se encontraba organizada sistemáticamente se realizó el análisis. La información se analizó con un pensamiento crítico. Esta investigación tuvo un proceso iterativo o recurrente, se recolectó y analizó datos de forma permanente durante el desarrollo de todo el Seminario, sin embargo, fue en esta primera fase en la cual se realizó la mayor parte de la investigación.

Para realizar la revisión bibliográfica se utilizó las plataformas como “Info+fácil” del Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información de la Universidad de Costa Rica (SIBDI), “EBSCO”, “Google Académico” y repositorios de tesis de diversas universidades, para ello se utilizaron las siguientes palabras para la búsqueda: Munchausen therapy psychology, Munchausen treatment psychology, Factitious disorder therapy psychology, Munchausen terapia psicológica, Munchausen tratamiento psicología, Trastorno Facticio terapia psicológica, Trastorno Facticio tratamiento psicología, Síndrome de Munchausen, Trastorno Facticio Impuesto a Otro, Trastorno Facticio abordaje psicológico, Trastorno Facticio intervención psicológica, Trastorno Facticio abordaje psicoterapéutico, Trastorno Facticio intervenciones psicoterapéuticas, entre otros.

La meta de esta fase fue construir una base teórica sólida que permitiera la reflexión crítica y el análisis del objeto de estudio.

Fase 2: Trabajo de Campo

Una vez finalizada la parte teórica se procedió a realizar un acercamiento a personas profesionales en Psicología para conocer sus percepciones, experiencias, vivencias y

opiniones con respecto a la atención y el abordaje de situaciones de TFIO. El método de recolección de información en esta fase era la entrevista semiestructurada (ver anexo 2) y los foros o conversatorios.

La entrevista semiestructurada es “una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (entrevistadora) y otra (entrevistada). En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema” (Janesick, 1998 citada en Hernández, Fernández, Baptista, 2014, p. 403).

Los criterios de selección o inclusión para participar en la entrevista fueron los siguientes:

Tabla 3

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Ser profesional en el área de Psicología con el grado mínimo de Licenciatura.	No estar incorporado o incorporada en el Colegio de Profesionales de Psicología que corresponde.
Tener conocimientos y experiencia en el abordaje de situaciones de Trastorno Facticio Impuesto a Otro.	Tener impedimento legal o de libertad de conciencia para referirse a los casos y sus intervenciones psicológicas.

Luego de realizar un sondeo y contactar a diferentes instituciones, como por ejemplo la Coordinación Nacional de Psicología de la CCSS, no fue posible entrevistar a personas

profesionales en Psicología con suficiente experiencia en el manejo del TFIO, por lo tanto, la información se recopiló únicamente por medio de revisión bibliográfica.

Por otra parte, según la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015), “los foros virtuales representan una solución de encuentro a través de medios electrónicos en situaciones en las que las y los participantes no pueden reunirse personalmente”. Se abrió un espacio o charla en la Universidad de Costa Rica, Sede de Guanacaste, por medio de la plataforma virtual Zoom y se presentó el objeto de estudio. Se abordaron aspectos generales e introductorios al TFIO, aspectos sociales y jurídicos fundamentales y el abordaje psicoterapéutico tanto de la persona víctima como de la persona victimaria.

En los foros iban a exponer personas profesionales en psicología con experiencia en el tema, pero debido a la falta de personas expertas en el país, se decidió que el grupo de trabajo lo asumiera en base al conocimiento adquirido en el desarrollo de este seminario. El foro se anunció con anticipación para promover la participación de personas estudiantes de la carrera de psicología y público en general que tenga interés. Se llevó a cabo el jueves 16 de marzo a las 5:00 p.m. de forma virtual, esto debido a la situación de emergencia nacional por COVID-19 y así evitar la aglomeración de personas y reducir el contagio. El evento tuvo una duración de aproximadamente dos horas y participaron el equipo de trabajo, el equipo asesor y 12 personas (estudiantes, egresados y profesionales en Psicología principalmente). El diseño se hizo realizando los pasos de la Metodología de la OMS y la OPS para intercambio de información y gestión del conocimiento en salud. Esta metodología se basa en tres fases, el diseño, el desarrollo e implementación y las conclusiones.

La finalidad de esta fase fue conocer la forma en la que se realiza el abordaje para las personas víctimas y victimarias del TFIO y la del foro fue exponer y discutir a profundidad el objeto de estudio, además de dar a conocer el tema a la población en general, esto debido

a la falta de conocimiento que existe sobre el TFIO lo que permitió validar la información con respecto a la desinformación que existe sobre este tema.

Fase 3: Divulgación de información

Una vez que se finalizó el foro y con toda la información previa recogida en la revisión bibliográfica, se diseñó un material de divulgación en donde se sistematizó de forma creativa la información más importante desarrollada en el seminario y se compartirá con población que tiene relación con el TFIO. El material está disponible en el siguiente link: [https://drive.google.com/drive/folders/1njAF7NpoaqFbTdwkWZ76P2soTMXR7_YI?usp=share link](https://drive.google.com/drive/folders/1njAF7NpoaqFbTdwkWZ76P2soTMXR7_YI?usp=share_link)

En el caso de profesionales en psicología se les entregará información sobre el diagnóstico y las intervenciones. Para asistentes técnicos de atención primaria (ATAP), profesionales en medicina, enfermería, docencia, trabajo social y derecho recibirán información sobre el diagnóstico y los signos de alerta. La finalidad de entregar esta información es que sirva para identificar tempranamente los casos en los cuales se sospecha la presencia de TFIO.

El material será remitido después de la defensa pública del seminario de manera virtual a los respectivos colegios profesionales, mientras que, en el caso de instituciones como el Ministerio de Educación Pública (MEP), Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y Ministerio de Salud (MS) se enviará al órgano superior jerarca.

La finalidad de esta fase fue generar conciencia y visibilidad acerca del trastorno mediante materiales de divulgación de fácil acceso en términos de disponibilidad y comprensión para la población meta.

Sistematización

Para registrar y ordenar la información recolectada de forma que sea inteligible y útil se filtró la información por pertinencia y relevancia utilizando los objetivos y las preguntas de investigación planteadas como criterios o categorías. Las personas estudiantes se ayudaron con una bitácora, que es un instrumento en el cual el equipo de trabajo puede llevar anotaciones de sus avances, dudas, comentarios, entre otra información que crea pertinente y que puede usar en todo el proceso, en las sesiones de trabajo grupales, en las sesiones con el equipo asesor, en las entrevistas, en los foros. Esto permitió llevar un control de lo que se hizo y de lo que se descubrió en el desarrollo del seminario.

Análisis de resultados

Para analizar toda la información que se recopiló se utilizaron dos técnicas:

Exposiciones: El equipo de trabajo realizó reuniones con el director del equipo asesor para exponer el avance de los objetivos planteados. Todo el equipo de trabajo estaba presente en las sesiones, la persona que expuso fue clara y las personas que escucharon debían poner atención y brindar retroalimentación. En las sesiones se hizo un resumen de lo expuesto, se aclararon dudas, se hicieron aportes como comentarios y se asignaron tareas como por ejemplo lecturas de apoyo, investigar ciertos temas claves, realizar algunas consultas en instituciones entre otras.

Grupos de discusión: El equipo de trabajo se reunió para discutir y conversar sobre los avances, hallazgos, dudas, procesos y demás información que sea necesaria sin la presencia del equipo asesor. Se intercambiaron ideas, sugerencias, comentarios. Se avanzó en la construcción de la memoria. En cada sesión se anotó en la bitácora los avances realizados.

La información se analizó de acuerdo con las siguientes categorías:

Tabla 4

Categorías de análisis

Categoría de análisis	
Fase teórica y reflexiva	Fase de trabajo de campo
<p>1. Historia</p> <p>2. Situación actual</p> <p>2.1 Estadísticas</p> <p>2.2 Políticas</p> <p>2.3 Marco de legalidad</p> <p>3. Nosología</p> <p>1.1. Nosonomía</p> <p>1.2. Nosotaxia</p> <p>1.3. Nosografía</p> <p>1.3.1. Etiología</p> <p>1.3.2. Patogenia</p> <p>1.3.3. Semiótica</p>	<p>1. Intervenciones psicológicas</p> <p>1.1. Enfoques</p> <p>1.2. Objetivos</p> <p>1.3. Fases</p> <p>1.4. Técnicas</p> <p>1.5. Roles</p> <p>1.6. Perfil profesional</p> <p>1.6.1. Conocimientos</p> <p>1.6.2. Habilidades</p> <p>1.6.3. Destrezas</p> <p>1.6.4. Competencias</p> <p>1.7. Autocuidado</p> <p>1.8. Seguimiento</p>

Para esto, se utilizaron las siguientes preguntas generadoras:

Tabla 5

Preguntas generadoras

Preguntas Generadoras
¿Cuáles son los objetivos de las intervenciones psicológicas para las personas víctimas y victimarias del TFIO?
¿Cuáles son las fases o etapas de las intervenciones psicológicas para las personas víctimas y victimarias del TFIO?
¿Cuáles son las principales técnicas que se aplican en las intervenciones psicológicas para las personas víctimas y victimarias del TFIO?
¿Cuál es el rol de la persona terapeuta que aborda situaciones de TFIO?
¿Cuál es el perfil profesional (conocimientos, habilidades, destrezas y competencias) que debe tener una persona terapeuta que atiende situaciones de TFAIO?
¿Cuáles son las medidas de autocuidado que debe tomar la persona profesional en psicología que se dedique a trabajar en situaciones de TFIO?
¿Cuál es el seguimiento que se le debe dar a las personas víctimas y victimarias del TFIO después de recibir la intervención psicoterapéutica?
¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de las posibles intervenciones psicológicas tanto para las personas víctimas como las personas victimarias del TFIO?

¿Existe coordinación interinstitucional entre la persona profesional en psicología y otras entidades?

La memoria final se construyó de forma recurrente y reiterativa a lo largo del desarrollo del seminario, para esto se tomó como base los escritos presentados en los avances de cada fase.

Rol de cada persona estudiante

En las tres fases cada estudiante tuvo asignadas tareas, aportes y productos individuales y grupales dentro del Seminario.

En el caso del estudiante Brandon Albán Chavarría Chaves le correspondió el desarrollo del objetivo 1.1. y 2.4 Del objetivo 1.1. sus actividades consistieron en desarrollar dos escritos y dos ponencias sobre los temas “historia del Trastorno Facticio impuesto a otro” y “nosología del Trastorno Facticio Impuesto a Otro” (Un escrito y una ponencia por cada tema). Además, debió incorporar a dichos documentos las observaciones, recomendaciones y hallazgos producidos junto al equipo asesor. En el objetivo 2.4, el estudiante Chavarría Chaves diseñó materiales informativos que se divulgaran posteriormente a profesionales relacionados con la salud y/o la educación de PME, los cuales tienen como contenido los temas del “Diagnóstico del Trastorno Facticio Impuesto a Otro” (Material 1) y “Abordaje Psicológico del Trastorno Facticio Impuesto a Otro” (Material 2).

El estudiante Davis Junior Ruiz Mena se encargó del objetivo 1.2 y 2.2. En el objetivo 1.2 elaboró dos escritos y ponencias sobre los temas: “Estado actual del Trastorno Facticio Impuesto a Otro y la violencia infantil en Costa Rica” y “Abordaje institucional del Trastorno Facticio Impuesto a Otro y la violencia infantil en Costa Rica” (un escrito y una ponencia por cada tema). En el objetivo 2.2 presentó un escrito y una ponencia sobre “Psicoterapia

aplicada a la persona victimaria del Trastorno Facticio Impuesto a Otro”, la cual se basó en la recopilación bibliográfica.

La estudiante Tatiana del Carmen Huembes Tijerino se encargó del objetivo 2.1 y 2.3. En lo que respecta al objetivo 2.1 la estudiante preparó un escrito y una ponencia sobre la psicoterapia aplicada a la víctima, la cual se basó en los hallazgos bibliográficos. En el objetivo 2.3 la estudiante elaboró una presentación y escrito sobre las fortalezas y debilidades de las diferentes intervenciones psicológicas tanto para personas víctimas como victimarias.

Hubo tareas comunes a las personas proponentes del seminario, por ejemplo: revisión bibliográfica, discusiones grupales, reuniones con el equipo asesor, preparación en la agenda, organización del foro, distribución de los materiales de divulgación y redacción de la memoria del seminario.

El seminario culminó con la elaboración de material divulgativo sobre el diagnóstico y el tratamiento del TFIO, que permita a personas involucradas con el tema (padres y madre, familiares, docentes, personal de salud y similares) tener insumos para identificar el trastorno, pero también para orientarse en cuanto al manejo terapéutico del mismo.

Consideraciones éticas

Las personas participantes en este seminario fueron protegidas, para ello se estableció un consentimiento informado (ver anexo 3). Este procedimiento se utilizó para garantizar que la persona entendiera y expresara de forma voluntaria su deseo de participar en las entrevistas. En este documento se explicó el propósito del Seminario de Graduación, qué se hará o en qué consiste la participación, se detalló cuáles son los riesgos y los beneficios, se explicó la voluntariedad y la confidencialidad, información general, derechos y firmas. Si la persona deseaba ser entrevistada debía contestar las preguntas que se le plantearon de

acuerdo con su conocimiento, experiencia, vivencia y percepción, la persona podía negarse a participar o retirarse cuando así lo deseaba sin perder ningún beneficio o ser castigada de ninguna forma.

En cuanto al foro virtual se solicitó a las personas participantes ser grabadas, para estos efectos se tomó el consentimiento de manera verbal, indicando en el acto el lugar donde sería almacenado el video y la finalidad con la que se utilizaría.

La información se manejó de forma confidencial y solo el equipo de trabajo y el equipo asesor podía tener acceso a estos datos. Para cualquier uso futuro de los resultados se utilizó el anonimato.

CAPÍTULO 1: Historia y Nosología del Trastorno Facticio Impuesto a Otro

Historia del Trastorno Facticio Impuesto a Otro

La historia del Trastorno Facticio Impuesto a Otro no puede analizarse sin antes ponderar y dimensionar brevemente la historia de la verdadera víctima de este fenómeno. Es decir, sin tener una noción mínima de la historia del maltrato infantil y la cosificación de la niñez.

Desde el concepto mismo de la palabra “infantil” se nota el lugar y el estatus que a la niñez le ha correspondido durante mucho tiempo. En dicho sentido la palabra proviene del latín *infans*, la cual significa “quien no puede hablar” (Salmerón Castro et al., s. f). Al respecto esta incapacidad de expresión ha colocado a los infantes en un lugar donde sus derechos, opiniones, emociones y sentimientos suelen ser relegados a un segundo plano en un mundo claramente adulto céntrico, en donde el adulto es quién habla por quién no puede hablar.

La reflexión anterior no resulta desconectada del TFIO. De hecho, debe partirse del escenario y actores que lo ejecutan, los cuales son los ambientes hospitalarios y los progenitores, especialmente la madre quién con mayor frecuencia suele ser la victimaria y también a quién se le diagnostica el TFIO.

La persona victimaria o perpetrador del TFIO se ve beneficiada de una práctica hospitalaria donde el encargado legal de las PME habla y siente por ellas o ellos, en donde se anula su sentir y autonomía, ya que es recurrente que el personal médico consulte directamente al adulto por los síntomas de la niña, niño o adolescente, lo cual facilita al adulto la comisión de las conductas asociadas al TFIO y anula la autonomía progresiva del o la menor, dejándolo sin voz y en una posición de vulnerabilidad frente a los adultos.

La anulación del sujeto infantil hay que buscarla desde la antigüedad en culturas como Grecia y Esparta en donde los adultos tenían autoridad para decidir sobre la vida o la muerte de los infantes. Al respecto se ha señalado que:

Las causas históricas más frecuentemente registradas son los defectos congénitos y la ilegitimidad. Son muchos los episodios en que los niños fueron sacrificados, quemados o asesinados de múltiples maneras con fines variados: desde los religiosos hasta los económicos. Destaca la degollación masiva ordenada por el Rey Herodes en Belén para los menores de dos años. (Del Bosque-Garza, 2003 p. 370)

Lo anterior demuestra como a los niños y niñas se les veía como objetos desde las culturas antiguas y no como sujetos de derecho, de los cuales se podía disponer libremente. Incluso de su propio cuerpo, lo cual hasta la fecha sigue ocurriendo de muchas maneras: abuso sexual, violaciones y el maltrato infantil, sobre todo en el TFIO se observa mucho esta disposición corporal sobre él o la menor, ya que debe tolerar múltiples intervenciones quirúrgicas, consumo innecesario de medicamentos y su cuerpo es sometido a muchos tipos de exámenes médicos exploratorios, en donde el único autorizado legal para disponer de su cuerpo es su encargado legal, ya sea el padre, madre, cuidador, tutor o depositario.

A pesar de lo anterior, también hay que destacar de manera positiva que desde la antigüedad se pensó en la necesidad de la educación desde la niñez. No obstante, esto no era universal. De hecho, solamente estaba reservado para las clases sociales altas. En relación con esto se ha dicho que “en la Grecia clásica se defiende la necesidad de que los ciudadanos varones se escolaricen, primero recibiendo una instrucción informal (hasta pubertad: leer, escribir, educación física), después, una instrucción formal: literatura, aritmética, filosofía y ciencia.”(Enesco, 2008, p. 1)

Hasta este punto, la Historia se ha enfocado principalmente en Europa. Sin embargo, al analizar Asia, principalmente el Imperio Egipcio, parece que la situación tampoco era tan favorable para los infantes. De hecho, “uno de cada tres niños no llegaba a su primer cumpleaños. De los que sobrevivían, la mitad llegaba a cumplir cinco años y poder disfrutar de su infancia”(National Geographic, 2020). En este escenario, se debía principalmente a enfermedades o accidentes con animales. Sin embargo, se observa que la vida y la salud de los infantes siempre ha estado expuesta debido a su especial vulnerabilidad por el estado del desarrollo en el que se encuentran, por lo cual existe una dependencia casi absoluta de los adultos.

En este punto, resulta importante también traer a colación la tasa de mortalidad asociada al TFIO. Al respecto de esto (Rodríguez Cely et al., 2003) analizaron varias investigaciones. No obstante, se puede indicar que los indicadores generales de la tasa de mortalidad oscilan entre el 11,4% y el 22%. En dicho sentido casi un cuarto de los infantes que son víctimas del TFIO podrían perder su vida en manos de sus progenitores o cuidadores, por lo cual no deja de llamar la atención la vulnerabilidad de las personas menores edad tanto en la antigüedad como en la actualidad, en donde se supondría que gozan de mejores condiciones de vida. En donde se les protege del medio externo, pero pocas veces del medio interno, como sería el caso de la familia.

Avanzando en la historia se llega hasta la Edad Media, en donde la influencia del cristianismo modeló una visión diferente sobre las y los niños, sobre todo por el valor que Jesús le dio a la niñez cuando según el evangelio de San Mateo el maestro pronuncia su famosa frase: “Dejad que los niños vengan a mí, y no se lo impidáis; porque de los tales es el reino de los cielos” (Reina Valera, 1960, Mateo 19: 14). Del mismo modo en otra ocasión Jesús vuelve también a hacer alusión a la niñez:

En aquel tiempo los discípulos vinieron a Jesús, diciendo: ¿Quién es el mayor en el reino de los cielos? 2 Y llamando Jesús a un niño, lo puso en medio de ellos, 3 y dijo: De cierto os digo, que si no os volvéis y os hacéis como niños, no entraréis en el reino de los cielos. 4 Así que, cualquiera que se humille como este niño, ese es el mayor en el reino de los cielos. 5 Y cualquiera que reciba en mi nombre a un niño como este, a mí me recibe. Reina Valera, 1960, Marcos 9:33)

Las palabras de Jesús son revolucionarias para su época, sobre todo en el tratamiento que brinda a la niñez elevándola como el estándar para heredar el reino de los cielos, pero también porque al llamar a un niño o niña como ejemplo, delante de todos le da un valor social y le reconoce su autonomía individual como miembro de una sociedad y como individuo con derechos. Además, supone una ruptura con el adulto centrismo imperante en la época, por cuanto en la frase “Dejad a los niños venid a mí” lleva implícita a una exhortación para sus discípulos, quienes impedían que le acercaran niñas o niños para que Jesús orase por ellas y ellos.

El comportamiento de Jesús con respecto a las PME quedó impregnado en el cristianismo. Al respecto se dice que:

La iglesia católica asume una función protectora institucional por medio de los orfanatos e instituciones pías, además de intervenir a través de los obispos en la asignación de tutores dativos junto con los magistrados y resguardar en sus archivos los actos tutelares (Brena, 1994 citado por González Contró, 2008, p. 25)

A pesar del gran salto cualitativo que supuso el cristianismo en los derechos de la niñez se tuvo que esperar muchos siglos más para el reconocimiento pleno y universal de sus derechos, lo cual ocurrió hasta el año 1989 con la adopción por parte de la Organización de las Naciones Unidas de la Convención de Derechos del Niño, la cual fue producto de dos

declaraciones previas: Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y la Declaración de los Derechos del Niño del 20 de noviembre de 1959.

El hito más grande de la Convención fue tratar de uniformar y universalizar los derechos de las personas menores de edad alrededor del mundo, ya que todavía en la década de los ochentas había muchas prácticas que subsistían en muchos países, por ejemplo, el trabajo infantil, las cuales impactaban negativamente el desarrollo integral de los infantes. De hecho, como dato curioso debe destacarse que esta convención fue la precursora del Código de la Niñez y Adolescencia en Costa Rica en 1998.

Durante este breve recorrido a lo largo de la historia de la niñez y a propósito de este seminario, que tiene como objeto de estudio una situación relacionada especialmente con esta etapa de la vida hay necesariamente que ser autocríticos y cuestionarse de manera reflexiva e introspectiva a nivel de disciplina ¿Cuál ha sido el papel o el rol de la niñez para la Psicología?

Al respecto del estudio de la niñez en la Psicología se ha dicho que “la psicología infantil se estableció como campo de investigación sistemática hacia el segundo tercio del siglo XIX. Podría fecharse su nacimiento en 1882, con la publicación de la obra de Preyer *“El alma del niño”* (García Soto, 2010, p. 2). En dicho sentido, pareciera que la Psicología desde sus orígenes como disciplina ha tenido presente el tema de la niñez, esto por cuanto se parte del hecho que la Psicología se fundó en 1879 con el laboratorio de Leipzig.

El autor Delval (1988) coincide también con García Soto (2010) en cuanto al comienzo de la Psicología Infantil propiamente dicha. Sin embargo, el primer autor publicó un artículo titulado “Sobre la Historia del Estudio del Niño”, el cual a pesar de tener más de tres décadas de publicado ofrece un recorrido extenso por las etapas de formación de esta rama de la Psicología.

Delval (1988) indica que desde la antigüedad hasta el siglo XVIII, los estudios sobre la niñez eran más esporádicos, siendo principalmente observaciones relacionadas sobre todo con la crianza. Sin embargo, desde el siglo XVIII hasta el año 1882 las observaciones comienzan a ser más estructuradas y sistemáticas. Resultando en la consolidación de la disciplina entre el año 1882 y el 1895.

En este devenir debe destacarse de manera principal y enfática a una psicóloga cuyos aportes a los estudios de las y los niños y sus derechos no pueden pasar desapercibidos, ella es Françoise Dolto, quién puso sobre la mesa el tema de la autonomía del infante, como un sujeto humano dotado de deseo, a quién debía permitírsele cierta espontaneidad para desarrollarse libremente, sin imponerle tan fuertemente la visión de los adultos (Binet, 1999). En dicho sentido, el reconocimiento de la autonomía es importante para el posterior otorgamiento de derechos, ya que no se considera al menor de edad una extensión de sus padres, sino un sujeto individual.

Reflexionar brevemente sobre lo anterior permite entender que contrario a la línea o tónica general de la sociedad la Psicología como disciplina si ha dado un lugar importante a la niñez dentro de sus estudios. Sin embargo, hay algunos temas que son poco abordados, como es el caso del TFIO, lo cual impacta de manera negativa la visibilidad de este problema, por esta razón resulta vital seguir investigando y aportando sobre líneas temáticas poco abordadas, pero que pueden traer beneficios a este sector tan vulnerable del entramado social, como es el caso de este seminario.

Hasta este punto se ha abordado lo general que es la historia de la niñez, luego un punto más específico que es la historia de la niñez en la Psicología y finalmente resta por abordar la Historia del Trastorno Facticio Impuesto a Otro, la cual no se puede comprender apropiadamente sin comenzar por las generalidades históricas que ya se abordaron.

Antes de comenzar cualquier repaso histórico sobre el TFIO resulta necesario dar una pequeña definición del trastorno facticio. En dicho sentido, el mismo se ha conceptualizado como “la producción intencional de enfermedades o lesiones en ausencia de afecciones comprobadas relacionadas con la sintomatología que se exhibe” (Bocchino Castro, 2005, p.93), lo cual básicamente quiere decir que la persona adulta hace fingir o simular síntomas de diversas enfermedades en las PME a su cargo, lo cual a todas luces es un acto de violencia.

Una vez precisado el concepto hay que comenzar aclarando que lo que hoy se conoce como Trastorno Facticio anteriormente fue llamado como Síndrome de Munchausen. Al respecto de esto se dice que “la primera reseña del Síndrome de Munchausen fue elaborada por el médico británico Richard Asher en 1951, quien la describió como una enfermedad en la cual los pacientes relatan historias con síntomas facticios, que conlleva a distintas investigaciones diagnósticas” (Gomes Gonçalves et al., 2014, p. 141). En cuanto a este punto, debe aclararse que la palabra facticio puede ser sustituida por sinónimos como antinatural o artificial, esto para que al lector le sea más claro comprender la situación.

Retomando un poco sobre el anterior concepto de Síndrome de Munchausen, esto se origina por un barón alemán llamado Hieronymus Carl Friedrich Von Munchhausen. (Gomes Gonçalves et al., 2014). No obstante, profundizado un poco más en la historia se observa que, aunque el barón es quién daba nombre al síndrome no se debía tanto a él, sino a las obras literarias de Rudolf Erich Raspe, específicamente a la obra “Las aventuras del barón de Munchausen”, en la cual se contaban aventuras exageradas y hasta vividas supuestamente por el barón.

En un artículo de Hernández (2017) para National Geographic titulado “*Munchhausen: el gran mentiroso del siglo XVIII*” se señala que algunas de las aventuras eran tan exageradas que incluía: viajar en la bala de un cañón, una puntería increíble, viajar

en un caballo que le faltaba la mitad del cuerpo, patos voladores que lo transportaban a su casa y viajes subterráneos y subacuáticos donde conoció criaturas asombrosas.

Lo anterior deja en claro los motivos de Ashler acerca de la idea de denominar al fenómeno que veía de pacientes con síntomas extraordinarios y espectaculares como Síndrome de Munchausen. Sin embargo, de acuerdo con (Barquero Castro, 2007) en 1977 el pediatra británico Roy Meadow describió una manifestación del Síndrome de Munchausen en infantes, en la cual los padres trataban de engañar al personal médico haciéndoles creer que las PME a su cargo tienen alguna enfermedad, esta modalidad se ha denominado como “Síndrome de Munchausen by proxy”, “Síndrome de Munchausen por poderes” o “Síndrome de Polle”.

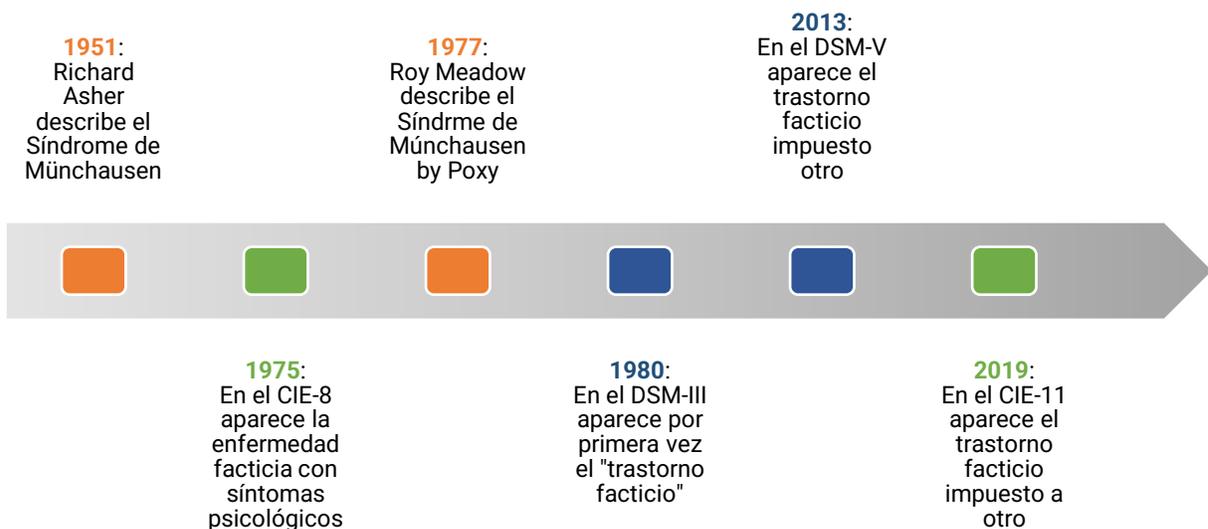
En este punto, debe introducirse brevemente la diferencia entre un Síndrome y un Trastorno. De acuerdo con Torres (2016) en el primer escenario lo que existe es básicamente un conjunto de síntomas que se suelen aparecer en conjunto y aparentan tener una entidad clínica. Sin embargo, no tienen una etiología clara. En el caso de los trastornos, ya hay una entidad clínica más desarrollada y reconocida por los manuales diagnósticos, aunque en muchas ocasiones tampoco está clara la etiología. A pesar de esto, el énfasis del trastorno está en evidenciar una alteración al estado normal de la salud de la persona.

Acotado lo anterior, hay que decir que en este recorrido histórico hay finalmente que destacar el momento cuando comenzó el proceso de inserción en los manuales diagnósticos, sobre esto hay que decir que en una revisión de las versiones de los DSM se observó que la primera vez que aparece el fenómeno fue en el DSM-III de 1980 como trastorno facticio. Sin embargo, hasta el DSM-V del 2013 apareció la categoría “Trastorno Facticio Impuesto a Otro”. En contraste con esto el trastorno facticio apareció en el CIE-8 de 1975 como “Enfermedad Facticia con Síntomas Psicológicos”, pero hasta el CIE-11 del 2019 apareció el “Trastorno Facticio Impuesto a Otro”.

En vista de lo anterior hay que decir que desde el Síndrome de Münchausen by Proxy (1977) hasta el Trastorno Facticio Impuesto a Otro (2013) pasaron 36 años para ser reconocido como un trastorno, con las implicaciones que eso tiene para su prevención, diagnóstico e intervención. Sin embargo, lo más llamativo es que hasta la actualidad (2023) ha pasado una década de su inclusión en el DSM, pero todavía se habla poco del tema en la literatura y en la formación de las y los profesionales de Psicología y Medicina, ya que en las exploraciones bibliográficas se evidenció carencia de información al respecto, en comparación con otros trastornos relacionados con las PME como el caso del Trastorno de Espectro Autista.

Figura 1

Historia del Trastorno Facticio Impuesto a Otro



Nosología del Trastorno Facticio Impuesto a Otro

La comprensión del TFIO implica necesariamente revisar su nosología, al respecto de este término Arnaíz (2005) indica que es una disciplina un poco más comprensiva, en el sentido de que trata de abarcar las explicaciones de la forma en que las personas se enferman y también elaborando todos los detalles relacionados con la diferencia de una entidad clínica a otra. En dicho sentido, aquí vendrían a formar parte la nosografía que es la descripción de los síntomas de la enfermedad y la nosotaxia, que sería su clasificación.

1. Nosotaxia

Para el estudio de la nosotaxia o clasificación del trastorno facticio impuesto a otro se tomarán como referencia el CIE-11 y el DSM-V, que son los dos manuales más clásicos en Psicología. En el caso del CIE-11 comenzó a implementarse desde el primero de enero del 2022. (Organización Panamericana de la Salud, 2019)

En el CIE-11 aparece como Trastorno Facticio Impuesto a Otro, el cual está codificado como 6D51, a su vez se encuentra en la categoría madre denominada “Trastornos Facticios”, en donde está el Trastorno Facticio Impuesto a uno mismo y Trastorno Facticio sin especificación. En este manual se ubica en el capítulo sexto denominado como “Trastornos Mentales, del Comportamiento y del Neurodesarrollo”.

En el caso del DSM-V aparece en general el Trastorno Facticio con el código 300.19 (F68.10), dentro del cual se distingue dos modalidades: Trastorno Facticio aplicado a uno mismo y Trastorno Facticio aplicado a otro. Sin embargo, en ambos casos se utiliza el mismo código. Lo anterior se encuentra en la categoría denominada “Trastorno de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados”.

Lo anterior permite observar que a pesar de que antiguamente fue común denominar el fenómeno como un síndrome, específicamente el síndrome de Munchausen by Proxy en

la actualidad se encuentra debidamente clasificado y consignado en los principales manuales para el diagnóstico.

Tabla 6

Nosotaxia del Trastorno Facticio Impuesto a Otro

CIE-11	DSM-V
<p>Categoría: 6.Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo.</p> <p>Subcategoría: Trastornos facticios</p> <p>Entidad: Trastorno Facticio Impuesto a otro.</p> <p>Código: 6D51</p>	<p>Categoría: Trastorno de síntomas somáticos y otros relacionados.</p> <p>Subcategoría y entidad: Trastorno facticio</p> <p>Especificación: Trastorno facticio aplicado a otro</p> <p>Código*: 300.19 (F68.10)</p>

2. Nosografía

En un primer momento con la nosografía es importante comenzar con la descripción del trastorno. Al respecto el CIE-11 define al trastorno facticio impuesto a otro en los siguientes términos:

El trastorno facticio impuesto a otra persona se caracteriza por fingir, falsificar o inducir signos y síntomas médicos, psicológicos o del comportamiento, o lesiones en otra persona, más comúnmente un niño dependiente, asociado con un engaño descubierto. Si un trastorno o enfermedad preexistente está presente en la otra

persona, el individuo agrava intencionalmente los síntomas existentes o falsifica o induce síntomas adicionales. La persona busca tratamiento para la otra persona o, de lo contrario, se presenta como enferma, herida o discapacitada en función de los signos, síntomas o lesiones fingidos, falsificados o inducidos. El comportamiento engañoso no está motivado únicamente por recompensas o incentivos externos obvios (por ejemplo, obtener pagos por incapacidad o evitar el enjuiciamiento penal por abuso de menores o mayores). (OMS, 2022, parr. 1)

La característica esencial del Trastorno Facticio es la simulación de signos y síntomas médicos o psicológicos, en uno mismo o en otros, asociada a un engaño identificado. Los individuos con Trastorno Facticio también pueden buscar tratamiento para sí mismos o para otros después de provocar la lesión o enfermedad. (APA, 2014, p. 325)

La definición del DSM-V y el CIE-11 son similares y comparten los mismos elementos descriptivos del TFIO.

Otro de los puntos importantes en la nosografía son los criterios diagnósticos para identificar al TFIO, para esto se tomará como referencia al DSM-V, en el cual son cuatro los criterios diagnósticos para detectar el Trastorno Facticio Aplicado a Otro:

- A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad.
- B. El individuo presenta a otro individuo (víctima) frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.
- C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensa externa obvia.

D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico. (APA, 2014, p. 325)

En el caso del DSM-V resalta el hecho que al final se indica que el diagnóstico se le aplica al autor y no a la víctima. Sin embargo, como se ha subrayado previamente aquí hay una simbiosis importante entre la víctima y el victimario a la hora de comprender el trastorno.

Una crítica que debe realizarse al DSM-V es que el criterio C indica que el comportamiento engañoso es evidente. Sin embargo, esto no es así. De hecho, el engaño no es evidente ya que incluso logran que el personal de medicina realice intervenciones médicas a las PME sin ser necesarias. Al respecto (Lovaglio & Del Bagge, 2021) ha dicho que:

El diagnóstico: síndrome de Münchhausen, un subtipo de trastorno facticio grave y crónico, descrito por Asher en 1951 (1), que se caracteriza por la producción de mentiras patológicas (“pseudología fantástica”) y una conducta errante, de médico en médico, fingiendo una enfermedad física. Es una entidad difícil de diagnosticar por el engaño y la manipulación que la caracteriza. (págs. 43-44)

En vista de lo anterior, la forma en que describe el DSM el comportamiento engañoso como evidente lo que propiciaría es que el personal de salud baje la guardia, cuando en realidad la sospecha debería ser una de las primeras opciones siempre y no la última, ya que el retraso del diagnóstico solamente coloca a la PME en una situación de peligro.

Una vez señalada dicha crítica al DSM-V, debe retomarse la descripción tanto del mismo como del CIE-11 para destacar tres grandes rasgos distintivos y particulares de este trastorno:

1. Sujetos implicados: En este trastorno hay una simbiosis en los sujetos afectados, la cual consiste en la relación víctima-victimario, generalmente la víctima es un

hijo y el victimario un progenitor. En este punto se debe prestar mucha atención, ya que contrario a otras condiciones en las cuales solamente una persona la padece aquí hay una característica simbiótica, en donde se necesitan dos sujetos para hablar del trastorno como tal.

2. Artificialidad de los síntomas: La persona victimaria crea una apariencia de enfermedad en la víctima a través de signos y síntomas que pueden ser tanto físicos como mentales, pero también puede crear condiciones para exagerar una enfermedad previa.

3. Acto de violencia cronificado: Hay que destacar en el TFIO no se está solamente en frente de un trastorno que sirva de etiqueta justificante para la persona victimaria, sino que es un acto de violencia al mismo tiempo, la cual se ejerce tanto a nivel físico como psicológico en contra de la PME. De hecho, el mismo DSM en el criterio B le llama “víctima”, por tanto, no debe perderse de vista que no solamente existe una relación psicopatológica, sino de violencia que se sostiene a lo largo del tiempo. Por lo que se puede decir que es un trastorno vincular.

Además de los criterios diagnósticos que constan en los manuales debe recalcarse algunos indicadores más específicos que constan en la literatura como signos de alerta de la posible presencia del TFIO, los cuales se basan en las investigaciones de Barquero Castro (2007; Farraes & Mejía (2011); Rodríguez Cely et al. (2003):

Tabla 7.

Signos de alerta en el TFIO

En la persona víctima	En la persona victimaria
<p>Físicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diarreas crónicas. • Intoxicaciones. 	<p>Comportamentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exageración de la intensidad de los síntomas de la PME.

<ul style="list-style-type: none"> • Dolores abdominales agudos y recurrentes. • Hemorragias frecuentes. • Dolores de cabeza. • Pérdida de consciencia. • Epilepsias. • Hipoglucemias. <p>Comportamentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los síntomas de la PME parecen desaparecer cuando no está presente el adulto. • La PME parece estar en una relación excesivamente simbiótica con su progenitor o encargado legal, en la cual se ve disminuida su autonomía. <p>Historia médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historial de consultas e intervenciones médicas recurrentes. • Enfermedades o síndromes raros y extraños. • Ineficacia de los tratamientos prescritos para la sintomatología. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insistencia en que la PME posee una enfermedad aun cuando el personal médico lo ha descartado. • Conocimiento intermedio o avanzado de tecnicismos médicos, etiologías, sintomatología y/o tratamientos médicos sin tener formación para ello. • Durante las intervenciones médicas puede presentarse como una persona abnegada y entregada por completo al cuidado de la PME. • Obstaculización o reticencia a dejar a la PME a solas con los funcionarios de salud. • Actitudes agresivas o negativas cuando se descarta en la persona menor de edad alguna enfermedad, pueden ser acusaciones de negligencia, impericia, amenazas legales y otras. • Resistencia a la intervención de profesionales de Psicología o Trabajo Social en la situación del menor de edad. • Padece de Trastorno de Personalidad Histriónica o Trastorno Límite de la
---	---

	Personalidad
--	--------------

Nota: Elaboración propia basado en Barquero Castro (2007; Farraes & Mejía (2011); Rodríguez Cely et al. (2003).

Finalmente hay que hablar de la etiología, Gómez et al (2014) citando a Meadow (2002) lo que señalan es que en el caso de la madre hay un pasado de trastornos facticios, mientras que en la figura de los padres es más común haber tenido un trastorno somático. Sin embargo, esto es más una característica predisponente que una etiología como tal.

Morales-Franco y Morena-Fernández (2005) consideran que no hay una etiología del síndrome bien definida, lo cual de hecho es coincidente con otros autores como Jiménez Hernández (2004).

En la literatura consultada, suele hablarse más de una causa multifactorial. No obstante, como ya se ha dicho hay características predisponentes y dignas de tomar en cuenta, al respecto de acuerdo con Morales-Franco y Morena-Fernández (2005) podrían señalarse: escasa estructura defensiva de impulsos internos en el perpetrador, sentimiento de vacío interior, personalidad histéricas y también factores como: inestabilidad familiar, separación de los padres y asilamiento social (p. 325).

Rodríguez-Cely (2003) citando a Enoch (1990) sobre un estudio realizado en mujeres que perpetraban el TFIO señala que “la mayoría de las personas coincidió con los criterios de más de una categoría de desórdenes de la personalidad, y dentro de éstos la psicopatología más notable (en 17 madres) fue del tipo Histriónico y Borderline (p.190).

Al respecto de esta situación debe recalarse que, aunque no exista una etiología única, si existen combinaciones personales y ambientales que son la materia prima para la aparición de un TFIO, por lo cual el clínico siempre debe prestar atención a los sujetos individualmente, en su interacción y en relación al medio que se desenvuelven.

En vista de lo que se ha abordado sobre el TFIO debe destacarse que se trata de un trastorno bastante particular, que dista en gran manera de otras estructuras clínicas.

En primer lugar, por el carácter simbiótico (o vincular) del TFIO, en donde la existencia del TFIO, requiere necesariamente la presencia de dos sujetos implicados, uno en la posición de víctima y otro en posición de victimario. Al respecto de la simbiosis podría pensarse quizás que esta exista en trastornos como: trastorno de personalidad dependiente, trastorno de personalidad narcisista y trastorno de personalidad histriónica, en los cuales existe la necesidad de una otredad para desplegar los síntomas, por ejemplo, la necesidad de aprobación (TPD), necesidad de admiración (TPN) o necesidad de atención (TPH). Sin embargo, en estos escenarios no se llega a desarrollar el nivel de simbiosis tan amalgamado que se da en el TFIO, sobre todo porque en esos trastornos los sujetos suelen ser personas adultas o adolescentes, quienes por su madurez tienen más herramientas para salir del ciclo creado por la persona que padece el trastorno. Sin embargo, en el TFIO la relación de poder de la persona encargada del menor y la incapacidad de este para escapar del ciclo de violencia terminan por sumergir a ambos en una relación tan estrecha que finalmente acaba por fusionarlos en uno solo, en donde incluso la PME puede llegar a asumir como verdad la realidad creada por su encargado.

En segundo lugar, con respecto a las particularidades del TFIO está el tema de la *violencia*, aquí el análisis no debe limitarse solamente a brindar una perspectiva psicopatologizante que atenúe o desvíe la atención de la violencia que ha ejercido la persona victimaria, lo cual ocurriría si solamente se le mira a este desde la etiqueta clínica de portador/a del TFIO.

El tercer y último punto de las particularidades son los *signos de alerta*, que si bien no son síntomas desde la perspectiva del DSM-V pueden ser utilizados en dos vías: apoyar complementariamente el diagnóstico del TFIO y también para concientizar sobre el *modus operandi* del trastorno, tanto desde lo que se podría observar en la persona encargada, como en el menor. Esto último es sumamente importante para la concientización del personal de salud, educativo y otras profesiones afines con la niñez.

CAPÍTULO 2: Situación actual de la violencia infantil y el Trastorno Facticio Impuesto a Otro en Costa Rica

Para comprender la situación actual del TFIO, es importante hacer un análisis de la situación actual de la violencia y el maltrato infantil en Costa Rica. De acuerdo con la OMS, la definición de **Violencia Infantil** corresponde al:

Uso deliberado de fuerza física o poder en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La violencia contra niñas, niños y adolescentes implica acciones u omisiones de individuos, instituciones o colectividades, exista o no intencionalidad de causar un daño o limitar su desarrollo integral (OMS como se citó en UNICEF, 2017, p. 9.).

Por otra parte, la OMS define el **Maltrato Infantil** como:

Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición

a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil (OMS, 2020).

La violencia ejercida contra las PME se suele relacionar solamente a la acción física de agredir o lastimar mediante el uso de la fuerza, pero tal y como se detalla en las definiciones anteriores, la violencia infantil también incluye la omisión de acciones que son necesarias para el adecuado desarrollo de las PME, a esto se le conoce como negligencia. Por ejemplo, el no brindarle a la PME sus necesidades básicas como alimento y vestido. También, en un ámbito más psicológico, que los padres o encargados no brinden soporte emocional a los hijos o hijas cuando lo necesitan se puede considerar maltrato infantil.

Riesgos asociados a la violencia y el maltrato infantil

Existen diferentes situaciones que se convierten en una bandera roja o un potencial riesgo para una PME de sufrir, eventualmente, violencia infantil. A partir de los estudios del PANI y la UNICEF (2017), Farrington (2011), Pinheiro (2011), entrevistas y talleres regionales participativos (2011), CNNA, UNICEF y VICEPAZ (s.f.) es que el Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia (CNA) adscrito al Poder Ejecutivo expone en el Plan Nacional para el Desarrollo de Estrategias de Prevención y Erradicación de la Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes Costa Rica (2017-2019) algunos de estos riesgos.

En el hogar:

- Cultura de masculinidad y estereotipos de género.
- Modelo de autoridad parental imperante (concepto de niño/a bueno y malo, obediencia autoritaria).
- Dificultad para manejar los enojos y la ira.
- Carencia de experiencia en el cuidado del niño/a.
- Dificultad para desarrollar estrategias de autocontrol del niño/a.

- Falta de herramientas de autocontrol.
- Limitaciones en la competencia verbal.
- Consultas tardías de los progenitores sobre las necesidades del niño/a.
- Abandono y desprotección.
- Trato degradante.
- Incumplimiento de las necesidades físicas y emocionales del niño/a.
- Control punitivo mediante castigos no corporales.
- Débil supervisión parental.

En los Centros Educativos

- Dificultad de resolución de conflictos.
- Manifestaciones de violencia aprendidas en el hogar y la comunidad.
- Débil supervisión parental de lo que sucede en el centro educativo.
- Relación de autoridad desigual o abuso de poder.
- Modelo educativo jerárquico con prácticas punitivas.
- Desconocimiento sobre las causas de la violencia.
- Temor ante el manejo y prevención de la violencia.
- Dificultad para lograr espacios de diálogos alternativos.
- Dificultad de concebir a la PME sujeta de derechos.
- Demanda por cumplir objetivos de aprendizaje frente a los espacios de convivencia.
- Limitada capacitación en herramientas de disciplina positiva.

En situaciones de Violencia Sexual Infantil

- Relaciones cercanas (relaciones que se podrían considerar de “bajo riesgo”, pero demuestran no serlo, en los entornos familiares y comunitarios).
- Desconocimiento de comportamientos sexuales negativos.

- Cultura del silencio (secretismo y ocultamiento de los hechos).
- Temor a la denuncia en el contexto del hogar.
- Exposición a enfermedades de transmisión sexual.
- Cultura de machista.

En situaciones de Violencia Infantil en la Comunidad

- Existencia de pandillas.
- Microtráfico de drogas.
- Exposición temprana a drogas.
- Falta de vigilancia policial.
- Comunidad educativa deficiente.
- Presencia de armas de fuego.
- Inexistencia de espacios de uso común (diseño ambiental inadecuado como escenario potencial de violencia).
- Falta de alumbrado público.
- Debilidad de prestación de servicios que favorezcan a las PME.
- Cohesión social y corresponsabilidad débil o inexistente a nivel comunitario.
- Desorganización social y débil arraigo al espacio habitado.
- Falta de habitabilidad de las viviendas y hacinamiento.
- Entorno físico inaccesible o carente diseño universal (Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia, (2017-2019)).

Comprender el alcance que tiene la violencia y el maltrato infantil así como los riesgos asociados a este es importante para entender que en la dinámica del TFIO se puede manifestar la violencia de forma muy sutil pero sigue estando presente el abuso aunque sea difícil de percibirlo a simple vista. Es decir, se puede pensar que la madre, padre o

encargado que acude al médico con su hijo o hija está siendo responsable y atenta con la PME, pero la realidad esconde una situación más profunda y compleja.

Estadísticas

1. Datos sobre violencia infantil en Costa Rica

Los niños, niñas y adolescentes son una población vulnerable y la violencia tiene secuelas en ellos y ellas, además, puede afectar su adecuado desarrollo físico y mental. A continuación, se presentan datos estadísticos de instituciones públicas que muestran la situación actual de la violencia infantil en nuestro país.

El Ministerio Público señala que entre 2014 y 2019 se presentaron 71 homicidios en PME y 151 intentos de homicidio (Ministerio Público, 2022).

La Sección de Patología Forense del Departamento de Medicina Legal del Poder Judicial de Costa Rica realizó 26 551 autopsias entre el 01 de enero de 2003 y el 31 de diciembre del 2011 en la Sección de Homicidios en menores de 13 años cometidos por sus propios familiares en el contexto de una agresión infantil.

El estudio arrojó que 56 casos corresponden a muertes violentas por agresión infantil que representa un 0,21% de total de las autopsias para ese periodo y 0,35% del total de muertes violentas. Este Departamento señala que esas muertes se podían prevenir.

El perfil de las víctimas se caracterizó por ser PME lactantes y menores de 4 años, fallecimientos que ocurrieron en la casa, predominio de los meses de febrero y agosto, mayor frecuencia el lunes, siendo las zonas más afectadas San José, Puntarenas y Limón. Los traumas fueron letales, la mayoría corresponden a contusiones en la cabeza y el cuello, además, el responsable fue mayoritariamente el padre biológico. En el año 2009 a 2011 la tasa se cuadruplicó (Vargas, 2012).

Tabla 8

Autopsia por muertes violentas y agresión infantil entre 2003 y 2011.

Año	Autopsias	Violentas	Porcentaje	Agresión Infantil
2003	2511	1597	63,60%	10 (0,63%)
2004	2556	1582	61,89%	6 (0,38%)
2005	2741	1697	61,91%	8 (0,47%)
2006	2981	1799	60,35%	2 (0,11%)
2007	3003	1806	60,14%	3 (0,17%)
2008	3264	2064	63,24%	3 (0,15%)
2009	3221	1978	61,41%	3 (0,15%)
2010	3173	1842	58,05%	10 (0,54%)
2011	3101	1846	59,53%	11 (0,59%)
Total	26551	16211	61,05%	56 (0,35%)

Nota: Sección de Patología Forense, Departamento de Medicina Legal, Costa Rica, 2012.

Los datos del Ministerio Público indican que del año 2014 al 2019 se presentaron las siguientes denuncias de maltrato infantil sin incluir los delitos de tipo sexual:

Tabla 9

Denuncias de maltrato infantil ingresadas en el Ministerio Público en los años 2014 a 2019.

Año	Cantidad de denuncias
2014	666
2015	974
2016	1349
2017	1673
2018	1782
2019	1853

Nota: Brenes, 2020.

El Observatorio de la Violencia del Ministerio de Justicia y Paz indica que en el año 2016 en el Hospital Nacional de Niños se recibieron 352 solicitudes de intervención, de estas 1423 (73%) eran casos de negligencia según el diagnóstico social, los niños/as más afectados son menores de 7 años (55,7%). La mayoría de los casos se presentaron en San José 1158 (60%) (Observatorio de la Violencia, 2016).

En el 2020 se registran 7 060 causas ingresadas en el Ministerio Público donde la víctima es menor de edad, de estos 54, 2% es por delitos sexuales y 45,2 por agresiones, sustracciones entre otros. En los primeros nueve meses del 2020 los homicidios de menores de edad alcanzaron la cifra de 21. La Fiscalía señala que la situación de emergencia sanitaria

por la pandemia COVID-19 ha impactado en las familias aumentando drásticamente la violencia dentro de los hogares (Brenes, 2020).

Olga Arguedas directora del Hospital Nacional de Niños en el año 2019 indicó que 1 709 infantes sufrieron algún tipo de abuso durante el 2018 y que para el primer trimestre 2019 se registró 227 casos de abuso por negligencia (67%), 32 casos de abuso sexual (9%), 32 casos de abuso emocional (9%), 22 casos de abuso físico (7%) y 17 casos de abuso prenatal (5%) (Murcia, 2019).

Además, Carlos Jiménez director del Hospital Nacional de Niños en el año 2020 indicó que, según los registros, en los primeros 10 meses del año 2020 se recibieron 980 víctimas de algún tipo de violencia infantil, de estos el 73% corresponde a casos de negligencia, el 8,5 % a abuso sexual y 6,7% abuso físico y 4% abandono (Quesada, 2020).

A continuación, se presenta los datos del consolidado institucional de los Comités de Estudio Integral del Niño, Niña y Adolescentes Agredidos durante el año 2020 con respecto a la sistematización de información anual de las situaciones de abuso detectadas y atendidas en cada unidad presentadas en el Informe Técnico de la Gestión de los CEINNAA 2020, Código IFT.GM.DDSS. AAIP.250621 de la Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica y Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud (2021).

Tabla 10

Total de casos detectados por situaciones de violencia en perjuicio de PME a nivel institucional y regional entre los años 2012 y 2020.

Año	Total de casos detectados a nivel institucional (hospitales y regiones)	Total de casos detectados en regiones	Porcentaje de casos detectados en regiones
2012	6 757	4 515	66.81
2013	6 721	4 185	61.93
2014	9 667	6 201	64.14
2015	10 499	6 257	59.59
2016	9 606	5 885	61.26
2017	9 952	7 029	70.62
2018	10 464	7 036	67.24
2019	11 083	7 992	72.11
2020	8 546	6 328	74.04

Nota: Informe Técnico de la Gestión de los CEINNAA (2020) partir de Informes de CEINNAA 2012 a 2020 enviados por establecimientos de las Direcciones de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud (DRIPSS) de la CCSS.

Estos datos estadísticos indican que la situación actual de la violencia infantil en Costa Rica presenta un incremento de forma sostenida y preocupante durante los últimos

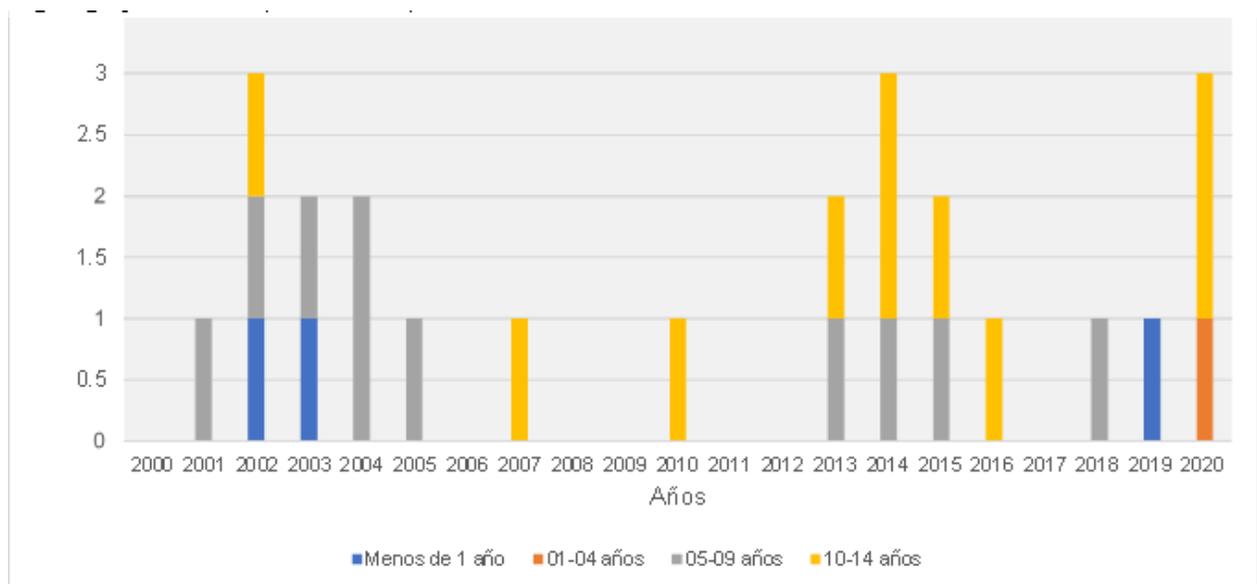
años. Además, es alarmante el hecho de que las personas agresoras suelen ser los familiares más cercanos a las víctimas.

2. Datos sobre el Trastorno Facticio Impuesto a Otro en Costa Rica

Jiménez (2004) dice que, “la escasez de casos publicados en nuestro país, así como en el resto del mundo, puede deberse a la reconocida complejidad diagnóstica de esta grave y rara enfermedad” (p.186). De hecho, con respecto a esta anotación de la complejidad diagnóstica resulta importante señalar que las personas proponentes del seminario consultaron la prevalencia al Servicio de Registros y Estadísticas en Salud del Hospital Nacional de Niños, quienes remitieron una matriz de datos de los egresos hospitalarios por el Trastorno Facticio (Síndrome de Munchausen) que se presenta a continuación.

Figura 2

Egresos hospitalarios a nivel nacional debido a Trastorno Facticio (Síndrome de Munchausen) por año según grupo de edad (2000-2020).



Nota: Elaboración propia a partir de los datos del Servicio de Registros y Estadísticas de Salud del Hospital Nacional de Niños (2021).

Los datos mostrados en la figura anterior revelan que, en veinte años, solamente se han detectado 24 casos del trastorno en el Hospital Nacional de Niños. Resulta relevante que la prevalencia más alta se ubica en los grupos etarios de 05 a 09 años y de 10 a 14 años y, los representan 10 casos cada uno.

Tales descripciones están en consonancia con lo que señalaba Jiménez (2004) en los párrafos precedentes. No obstante, es importante destacar que las personas proponentes del seminario observaron durante las comunicaciones con el personal de estadística que hay un tema de la codificación que afecta la visibilización de la prevalencia del trastorno.

Las revisiones teóricas preliminares sugieren que, la historia del TFIO llevó un largo proceso para ser reconocido de manera nosotóxica. En este sentido, no apareció codificado como tal hasta en el 2013 con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V) (301.51) como Trastorno Facticio Impuesto a Otro y, en el 2019 en el CIE-11 (6D51). Lo anterior explica la razón por la que existe un problema para llevar el control de estadísticas, ya que los sistemas de salud se basan en dichas taxonomías para su registro. De hecho, en comunicaciones con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se indicó que dicha institución utiliza el CIE-10, el cual no tiene la clasificación de TFIO sino la descripción “Producción intencional o simulación de síntomas o de incapacidades, tanto físicas como psicológicas [Trastorno Facticio]” (F68.1), la cual no distingue de la modalidad “Impuesto a Otro” o “por poderes”.

Incluso, en el último y más reciente Informe Técnico de la Gestión de los CEINNA 2020 Código IFT.GM.DDSS. AAIP. 250621, de la **Caja Costarricense de Seguro Social**, Gerencia Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud (2021) se encuentran datos relacionados con la identificación y abordaje de situaciones de violencia en perjuicio de las PME, pero no contempla datos específicos para el TFIO, lo que hace difícil la tarea de conocer cuál es la situación actual y real. Resulta entonces de vital importancia el registro de

esta información, siendo uno de los primeros ajustes que se deben hacer en el reconocimiento de este tipo de violencia. Sin embargo, es importante mencionar que la responsabilidad de llevar esta información sobre los registros y estadísticas no debe recaer única y exclusivamente en los centros de salud, sino también en otras instituciones del gobierno.

En consulta al **Patronato Nacional de la Infancia** (fecha de respuesta 06-09-2022), el Centro de Orientación e Información indicó que la Gerencia Técnica y el Departamento de Planificación podrían brindar esta información; sin embargo, hasta la fecha de la defensa pública de este TFG no se recibió respuesta alguna.

En el **Organismo de Investigación Judicial** (fecha de respuesta 06-09-2022), la analista criminal Msc. María del Carmen Vargas Quesada de la Unidad de Análisis Criminal indicó que trabajan las clasificaciones conforme el Código Penal y que solo podían brindar información sobre agresiones donde la víctima es menor de edad. Nathalia Quiroz Cuichar envió el documento N.º 1769-OPO/UAC/S-20022 con información sobre las agresiones a PME entre el 01-01-2019 y el 31-08-2022 (ver anexo 4) elaborado por el Lic. Fabian Vásquez A.

En el **Ministerio de Educación Pública** (fecha de respuesta 07-09-2022), Delfina Cartín Sánchez, del Departamento de Análisis Estadística de la Dirección de Planificación Institucional señaló que no disponen de datos estadísticos de casos por TFIO, pero si cuentan con datos sobre violencia Infantil en Costa Rica, disponibles en https://www.mep.go.cr/indicadores_edu/indice_boletines.html

En el **Ministerio Público** (fecha de repuesta 07-09-2022), Denise Frago Piedra, Coordinadora Judicial de la Fiscalía General, señaló que se puede consultar el sitio web del Poder Judicial “Observatorio Judicial” para ver los datos estadísticos de las actividades en

las oficinas del Poder Judicial, sin embargo, una vez revisada esta página no se encontró información específica del TFIO, para mayor orientación también se recomendó hacer la consulta a la Fiscalía Adjunta de Atención de Hechos de Violencia en Perjuicio de Niñas, Niños y Adolescentes (FANNA).

En la **Fiscalía Adjunta de Atención de Hechos de Violencia en Perjuicio de Niñas, Niños y Adolescentes** (fecha de respuesta 22-09-2022), Daysy Arías A. Coordinadora Judicial, remitió el documento 39-FANNA-MP-2022 realizado por MSc. Floribeth Rodríguez Picado, Fiscal, en donde brinda información sobre los datos estadísticos de la violencia infantil en Costa Rica (ver anexo 5). Con respecto a los datos estadísticos de los casos atendidos por Trastorno Facticio Impuesto a otro o Síndrome de Munchausen se indicó que:

No es posible especificar ni suministrar datos estadísticos de casos atendidos por el citado trastorno o síndrome, dado que como tal no constituye en sí mismo un tipo penal específico, del accionar relacionado con este tipo de trastorno pueden existir consecuencias que eventualmente serían objeto de investigación bajo alguna tipología específica, pero no con ese nombre, por ejemplo lesiones graves, lesiones leves, homicidio etc. (Rodríguez, 2021, p. 4).

En otro orden de ideas, para comprender el TFIO es importante considerar la dificultad diagnóstica y los problemas de codificación que presenta. Lo anterior permite entender la poca visibilización que se le ha dado al trastorno.

En el marco preliminar para la consolidación del anteproyecto, se realizó un sondeo (ver anexo 1) diseñado en la plataforma Google Forms, el cual se publicó y se mantuvo abierto (desde el 27 de abril del 2021 hasta el 30 de mayo del mismo año) y se compartió en grupos de profesionales y estudiantes en Psicología en la plataforma de Facebook y también

en los grupos de redes sociales como WhatsApp y Telegram. Dicho sondeo tenía como finalidad recopilar información acerca del conocimiento que tienen las y los estudiantes y profesionales en Psicología acerca del TFIO.

Esta aproximación contó con la participación de 119 personas. El sondeo estuvo compuesto por un 37% de profesionales en ejercicio (44 profesionales) y 63% de estudiantes (75 estudiantes). Los cuales representaban diferentes países de Iberoamérica, entre los que tienen mayor representación están: Costa Rica (64,7%), México (12,6%), Argentina y Colombia (4,2% cada uno). También participaron personas de Aruba, Brasil, Belice, Canadá, Chile, Cuba, Curazao, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, España, Guatemala, Guyana, Haití, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico, República Dominicana, Surinam, Uruguay y Venezuela.

En el caso del estudiantado, que era un grupo de 75 personas debe indicarse que el 61,3% estaban en los primeros tres años de carrera. Los cuales ante la pregunta ¿Sabe qué es y cómo identificar el Trastorno Facticio Impuesto a Otro (antes conocido como el Síndrome de Munchausen by proxy)? El 78,7% respondió que no y el 21,3% indicó que sí.

En el grupo de las personas profesionales, que era un grupo de 44 personas se observó que el 45,5% tenía más de diez años de experiencia profesional, el 34,1% tenía de uno a cinco años y finalmente el 20,5% entre cinco y diez años.

A las personas profesionales se les preguntó ¿Sabe qué es y cómo identificar el Trastorno Facticio Impuesto a Otro? Ante esta consulta el 72,7% respondió que sí, mientras que el 27,3% dijo que no. Ante la consulta ¿Cómo conoció del Trastorno Facticio Impuesto a Otro? El 53,1% respondió que, en el contexto de la formación universitaria, mientras que el 46,9% señaló que de manera autodidacta (lectura de artículos científicos, libros, asistencia a seminarios) por gusto personal o en el escenario de la formulación de un psicodiagnóstico.

A las personas profesionales se les consultó si alguna vez habían diagnosticado este trastorno. Ante esto el 46,9% indicó que sí y el 53,1% que no. Sin embargo, al consultar si habían realizado la intervención psicológica solamente el 15,6% indicaron que sí, los cuales también respondieron otras interrogantes y a partir de sus respuestas se extrae que la psicoterapia se realizó a todo el sistema familiar o a la víctima. Además, que el enfoque más implementado fue el sistémico.

El sondeo permite considerar que, en el caso del estudiantado carecen de información y formación en cuanto al TFIO y, en las personas profesionales, más de una cuarta parte lo desconoce, contrastando esto que, un 46,9% de ellos y ellas aprendió del tema de manera autodidacta. Lo anterior, tiene consonancia con la experiencia empírica de las personas proponentes del seminario, los cuales se interesaron por el tema de manera personal y no porque forme parte de los programas de estudio de la carrera de Psicología en la UCR.

El desconocimiento del TFIO tiene implicaciones en la captación de los casos, el diagnóstico y las intervenciones que se le pueden brindar a la persona víctima y victimaria. Si las personas profesionales en salud, educación, orientación entre otras no cuentan con las herramientas necesarias para identificar signos de alerta en la dinámica de este trastorno pueden dejar pasar situaciones de violencia que podrían empeorar la calidad de vida de las víctimas. De la misma manera, no es posible brindar un servicio óptimo a la PME y la persona con TFIO si no se conocen las intervenciones, estrategias y técnicas psicológicas útiles para estos casos.

El punto principal que debe desarrollarse y profundizarse en cuanto a los conocimientos publicados alrededor de este tema son las intervenciones psicológicas, el cual impresiona es una carencia desde la formación y cuya implicación en la práctica profesional de la Psicología, según se mostró en las respuestas obtenidas preliminarmente en el sondeo.

Esto contrasta bien con la escasez de investigaciones realizadas en las últimas tres décadas que tengan como misión principal explicar cómo es el abordaje psicoterapéutico del TFIO (ver antecedentes).

En esta misma línea de discusión, Barquero (2004), recomienda a la Caja Costarricense del Seguro Social “que a nivel institucional se cuente con profesionales capacitados sobre el manejo del trastorno para que atiendan a todo el sistema familiar y no a los subsistemas por separado” (p. 254).

En suma, es complejo determinar con exactitud la situación actual del TFIO en Costa Rica esto debido al desconocimiento del tema que tiene repercusiones en el diagnóstico y también por la forma en la que se llevan los registros en la CCSS ya que en las otras instituciones mencionadas ni siquiera existe dicha información. Tal y como se mencionó, para poder conocer la realidad de este trastorno se deben hacer ajustes en la formación de las personas profesionales en salud y áreas afines así como en el control y registro de los casos.

Políticas, planes e instituciones relacionados con la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes

En Costa Rica existen numerosas políticas, planes e instituciones vinculadas con las PME y la protección de sus derechos. A continuación, se mencionan algunas de estas políticas, para conocer más detalles de los objetivos de cada uno refiérase al Plan Nacional para el Desarrollo de Estrategias de Prevención y Erradicación de la Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes en Costa Rica (2017-2019).

- Agenda Nacional de la Niñez y Adolescencia: Metas y Compromisos (2015-2021).
- Plan Nacional de la Política Pública de la Persona Joven (2014-2019).
- Política de Igualdad y Equidad de Género-PIEG (2007-2017).

- Política Nacional de Sexualidad (2010-2021).
- Plan Estratégico Nacional de Salud de Adolescentes- PENSA (2010-2018).
- Política Nacional de Salud (2016-2020).
- Política Nacional de Salud Mental (2012-2021).
- Política Nacional de Discapacidad- CONAPDIS (2011-2021).
- Política Integral y Sostenible de Seguridad Ciudadana y Promoción de la Paz- POLSEPAZ (2010).
- Plan Nacional de Prevención de la Violencia y Promoción de la Paz Social 2015-2018 “Articulando el dialogo de la Costa Rica Bicentenario”.
- Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 “Alberto Cañas Escalante” (Plan Nacional para el Desarrollo de Estrategias de Prevención y Erradicación de la Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes Costa Rica 2017-2019).

Además, algunas de las principales instituciones encargadas de garantizar los derechos de la población menor de edad se encuentran el Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia, El Sistema Nacional de Protección Integral de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia, el Patronato Nacional de la Infancia, los Comités de Estudio Integral de Niño, Niña y Adolescente Agredido, la Fundación PANIAMOR y la Fundación SER y CRECER.

Marco de Legalidad

De acuerdo con la Agenda Nacional de Niñez y Adolescencia y Política Nacional de Niñez y Adolescencia los siguientes son instrumentos internacionales ratificados por el Estado Costarricense en temas de niñez y adolescencia:

- Convención 182 de la Organización Internacional del Trabajo sobre la Prohibición de las Peores Formas del Trabajo Infantil y la Acción Inmediata para su Eliminación.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José).

- Convención contra el Crimen Transnacional Organizado y los dos protocolos que la complementan.
- Convención de los Derechos del Niño.
- Convención Interamericana Contra el Terrorismo.
- Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.
- Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la tortura.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Para”.
- Convención Interamericana sobre el Tráfico Internacional de Menores.
- Convención Interamericana sobre Restitución Internacional de Menores.
- Convención Internacional sobre Todas las Formas de Discriminación Racial.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Convención sobre los Derechos del Niño 1989.
- Declaración sobre los Derechos del Niño 1959.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Protocolo facultativo de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
- Protocolo facultativo relativo a la participación en conflictos armados, de la Convención sobre los Derechos del Niño.
- Protocolo facultativo relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, de la Convención sobre los Derechos del Niño.
- Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente

mujeres y niños; que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional.

El Plan Nacional para el Desarrollo de Estrategias de Prevención y Erradicación de la Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes Costa Rica (2017-2019) señala que la siguiente es la normativa básica costarricense que protegen los derechos de las PME, es importante mencionar que existen numerosas leyes, decretos, reformas, protocolos, circulares entre otros, se presentan algunas de las más importantes:

- Constitución Política de la República de Costa Rica
- **Ley 4573** Código Penal.
- **Ley 5395** Ley General de Salud.
- **Ley 5476** Código de Familia.
- **Ley 7142** Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer.
- **Ley 7184** Convención sobre los Derechos del Niño.
- **Ley 7430** Fomento de la Lactancia Materna.
- **Ley 7476** Ley contra el Hostigamiento Sexual en el Empleo y la Docencia.
- **Ley 7576** Ley Justicia Penal Juvenil.
- **Ley 7586** Ley Contra la Violencia Doméstica.
- **Ley 7600** Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.
- **Ley 7648** Ley Orgánica del Patronato Nacional de la Infancia.
- **Ley 7654** Ley de Pensiones Alimentarias.
- **Ley 7735** Ley General de Protección a la Madre Adolescente.
- **Ley 7739** Código de la Niñez y la adolescencia.
- **Ley 7771** Ley sobre el VIH/SIDA.
- **Ley 7899** Ley contra la explotación sexual comercial de personas menores de edad.

- **Ley 7972** Ley de creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos para financiar un plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor, niños, niñas y adolescentes en riesgo social y otras.
- **Ley 7999** Sobre tráfico de personas menores de edad.
- **Ley 8017** Consejo de Atención Integral de la Niñez.
- **Ley 8101** Ley de Paternidad Responsable.
- **Ley 8111** Ley Nacional de Vacunación.
- **Ley 8254** Aprobación del acuerdo básico de cooperación entre el gobierno de la República de Costa Rica y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- **Ley 8256** Ley Sistema Nacional de Acreditación de la Educación superior.
- **Ley 8261** Ley de Persona Joven.
- **Ley 8283** Ley para el Financiamiento y Desarrollo de equipos de Apoyo para la Formación de Estudiantes con Discapacidad Matriculados en III y IV Ciclos de la Educación Regular y de los Servicios de III y IV Ciclos de Educación Especial
- **Ley 8306** Ley para asegurar, en los espectáculos públicos, espacios exclusivos para personas con discapacidad.
- **Ley 8435** Ley de Creación de la Comisión Nacional para la Seguridad Escolar.
- **Ley 8449** Creación de la Policía Escolar y de la Niñez.
- **Ley 8460** Ley de Ejecución de las sanciones penales juveniles.
- **Ley 8589** Penalización de la violencia contra las mujeres.
- **Ley 8654** Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes a la Disciplina sin Castigo Físico ni Trato Humillante.
- **Ley 8654** Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes a la disciplina sin castigo físico ni trato humillante.
- **Ley 8720** Ley de Protección a Víctimas, Testigos y Demás Sujetos Intervinientes

en el Proceso Penal.

- **Ley 8764** Ley General de Migración y Extranjería.
- **Ley 8922** Ley de Prohibición del Trabajo Peligroso e Insalubre para Personas Adolescentes Trabajadoras.
- **Ley 9095** Ley Contra la Trata de Personas y Creación de la Coalición Nacional contra el Tráfico Ilícito de Migrantes y la Trata de Personas.
- **Ley 9220** Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil.
- **Ley 9379** Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad.
- **Ley 9406** Ley para la Prohibición de Relaciones Impropias con Menores de Edad.

Luego de analizar las políticas, planes e instituciones con las que cuenta Costa Rica para proteger y garantizar los derechos de las PME se llega a la conclusión de que existe una amplia variedad de documentos y entidades, pero en la práctica los objetivos no se están cumpliendo ya que la cantidad de casos por violencia infantil sigue en aumento, tal y como se analizó en la situación actual de la violencia infantil en Costa Rica. La tarea entonces se trata de ejecutar los planes y políticas y cumplir con los objetivos. Existen muchos recursos, pero no todos llegan a la población más necesitada en ocasiones por falta de difusión de la información de forma práctica y entendible para la sociedad en general.

CAPÍTULO 3: Abordaje institucional de la violencia infantil y el Trastorno

Facticio Impuesto A Otro

Ante cualquier situación de violencia contra PME lo primero que se debe hacer es denunciar ante las autoridades correspondientes. YO DENUNCIO del Ministerio Público, Fiscalía Adjunta de Atención de Hechos de Violencia en Perjuicio de Niñas, Niños y adolescentes es:

Una campaña que busca visibilizar la violencia que se comete en perjuicio de los niños, niñas y adolescentes y sensibilizar a la población para que prevenga, detecte y denuncie los hechos delictivos. Está dirigida a personas adultas-jóvenes y adultas (entre 19 y 60 años), personal de instituciones gubernamentales y ONG's, personas universitarias, educadoras, del sector salud, padres, madres y cuidadoras de menores de edad (Ministerio Público, 2022).

Algunos de los canales disponibles para informar situaciones donde medie violencia contra una PME son los siguientes:

- La línea confidencial 800 8000 645.
- La línea 911.
- Fiscalías.
- Delegaciones del Organismo de Investigación Judicial.
- Fuerza Pública
- Patronato Nacional de la Infancia
- Línea de WhatsApp 88000645
- Correo cicooj@poder-judicial.go.cr
- Aplicación móvil OIJ CR SAFE
- Página web del PANI <https://pani.go.cr/tramites-y-servicios/denuncias-en-linea/>

Abordaje Institucional de los Casos de Violencia Infantil

A continuación, se presenta el abordaje que realizan algunas de las principales instituciones de Costa Rica relacionadas con personas menores de edad ante casos de violencia infantil.

En los Centros de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

El Manual de Procedimientos: Atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de violencia. Red de Servicios de Salud de la CCSS. Código Código.MP.GM.DDSS.060921, Versión 01 de la Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud del año 2021 explica que el siguiente es el procedimiento para atender casos de violencia infantil en PME.

1. Detección de la violencia.
2. Valoración del riesgo.
3. Abordaje.
4. Seguimiento integral de la persona menor de edad en situación de violencia.

Puede consultar el Manual mencionado anteriormente para conocer las especificaciones del procedimiento.

En los Centros Educativos del Ministerio de Educación Pública (MEP)

De acuerdo con el Protocolo de Actuación en Situaciones de Violencia Física, Psicológica, Sexual, Acoso y Hostigamiento Sexual del MEP (2016), lo siguientes son los pasos para atender estas situaciones.

1. Detección de la situación de violencia.
2. Comunicación a la dirección.
3. Comunicación con responsable de la persona estudiante.
4. Atención de la situación.

5. Informe de actuación.
6. Seguimiento del caso.
7. Medidas/acciones para restaurar la convivencia.

Puede remitirse al Protocolo señalado para conocer las especificaciones de cada paso.

En el Patronato Nacional de la Infancia (PANI)

La guía de intervención de PANI (2008) ante sospecha de casos por agresión contra PME, incluye los siguientes pasos:

1. Valoración inmediata de la situación.
2. Coordinaciones con instancias competentes para que acompañen en la verificación e intervención de la situación.
3. Valoración de la PME víctima.
4. Proceso de Protección Integral inmediato.
5. Traslado y acompañamiento de la PME a recurso.
6. Redacción de Informe. Referencia para atención integral.
7. Interposición de denuncia respectiva.

Para conocer otros protocolos específicos diríjase a la página oficial del Patronato Nacional de la Infancia.

En el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)

Ante una situación reportada en los Centros de Cuido Municipales, Centros de Cuidos Privados o pertenecientes a la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil, el protocolo es el siguiente:

1. Valoración inmediata de la situación.
2. Realizar visita de campo en la alternativa de cuido dentro de las primeras 24 horas.
3. Realizar visitas en las casas de las familias, reuniones con los padres y reportar al

PANI, Consejo de Atención Integral o al Ministerio Público.

4. Presentar un informe a la Jefatura del Área Regional de Desarrollo Social.
5. La Jefatura del Área Regional de Desarrollo Social puede interponer medidas cautelares, le indicara a la familia la resolución y mantendrá las medidas por un mes, se puede prorrogar en casos necesarios.

Para más detalles de este procedimiento revise el Protocolo para la atención de denuncias de maltrato físico, abusos o agresión hacia personas menores de edad en alternativas de cuidado del IMAS del 2014.

En el Ministerio Público (MP) y el Organismo de Investigación Judicial (OIJ)

El Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS.021121 Criterios y Mecanismos de Referencia de Situaciones Sospechosas de Violencia en Perjuicio de Personas Menores de Edad desde la CCSS hacia el Ministerio Público y el Organismo de Investigación Judicial del Ministerio Público (2021-2024), el Organismo de Investigación Judicial y la Caja Costarricense de Seguro Social indican que los siguientes son los criterios y mecanismo de referencia-denuncia de situaciones sospechas de violencia en perjuicio de PME:

1. Recepción de denuncia.
2. Análisis de pertinencia territorial y derivación en caso necesario.
3. Entrevista a la víctima y a testigos.
4. Coordinación de valoraciones (medicolegales, psicosociales, pericias en general, referencias a instancias de la CCSS).
5. Audiencia al PANI.
6. Inclusión de las personas ofendidas en el Programa de Atención a la Violencia Infanto Juvenil.
7. Identificación de la persona ofensora (persona denunciada) y solicitud de medidas cautelares cuando corresponda (no se solicita prisión o medidas para todas las

personas).

8. Otras diligencias de acuerdo con el caso como allanamientos, detenciones, inspecciones, etc.

Para situaciones donde se presenta violencia sexual refiérase al Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Víctimas de Violación Sexual en las Primeras 72 horas de ocurrido el evento (Edad Joven y Adulta), 2011.

Es importante mencionar que estos Manuales o Protocolos explican el abordaje de situaciones de violencia infantil en general y no contemplan actuaciones o indicaciones específicas para el abordaje por TFIO, el cual ni siquiera se menciona en estos documentos.

A pesar de que existen diferentes herramientas o canales para realizar denuncias la población en general no lo hace. Ángela Rosales, directora de la ONG Aldeas Infantiles SOS en Colombia, señala que esto se debe a que “primero se normalizan esos actos, pues todavía hay una concepción de crianza en la que se tiene que usar la fuerza. En segundo lugar, se explica porque la gente tiene miedo de lo que pasa cuando se denuncia y en tercero porque tampoco saben para qué sirve denunciar” (Rosales, 2019).

El TFIO no está tipificado como un delito en nuestro Código Penal, por lo tanto no es tratado como tal por el Poder Judicial; sin embargo, después de un profundo análisis se consideró que las acciones derivadas de la dinámica de este trastorno corresponden a manifestaciones de la violencia y debe ser considerado como violencia infantil.

CAPÍTULO 4: Abordaje del Trastorno Facticio Impuesto a Otro

Luego de haber realizado una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el abordaje del TFIO, se descubrió que hay escasa información y evidencia científica al respecto, esto debido a que es poco conocido y complejo de diagnosticar. En ese sentido, en el siguiente capítulo se recoge lo que hasta la fecha se aplica para tratarlo. Es importante señalar que el abordaje debe ser integral y multidisciplinario, además, de involucrar a ambas partes, la víctima y la victimaria. De acuerdo con Loredó y Bobadilla (1987) y Loredó Abdalá et al. (1990) como se citó en Cedenilla y Jiménez (2020), la intervención debe contemplar una atención médica, psiquiátrica-psicológica, social y jurídica.

Intervención Integral: El TFIO tiene una gran complejidad por eso la intervención debe abarcar varios aspectos de la vida de las partes involucradas en esta dinámica disfuncional. Un tratamiento integral combina los conceptos, teorías, técnicas y herramientas de las diversas escuelas o disciplinas de la psicología y las aplica de forma conjunta siempre buscando el mayor beneficio para las personas.

Intervención Multidisciplinaria: Significa que participan profesionales de distintas áreas, por ejemplo de medicina, pediatría, enfermería de salud mental, psiquiatría, psicología, trabajo social, derecho, educación, entre otros. Las siguientes son las principales intervenciones multidisciplinarias:

- **Intervención médica:** Se busca asegurar la vida y la salud de la PME. Se debe hacer las intervenciones médicas o quirúrgicas que necesite para estabilizarse en caso de presentar alguna enfermedad o lesión a raíz de los abusos o procedimientos a los que le fue sometida.
- **Intervención psiquiátrica:** Procura atender problemas de salud mental desencadenados por el abuso que recibió la víctima pero también los de la persona

victimaria, si es necesario se puede prescribir tratamiento farmacológico.

- **Intervención psicológica:** Se le brinda acompañamiento psicoterapéutico a la víctima, la persona victimaria, su pareja y familia, en este proceso se abordan las principales necesidades que se presentan en cada caso en específico.
- **Intervención social:** Sirve para aumentar el apoyo social y cultural a las familias, por ejemplo asistencia social, búsqueda de empleo, mejorar las relaciones con el vecindario, aportar teléfonos de ayuda, mejorar la situación económica, entre otros.
- **Intervención jurídica:** En la dinámica del TFIO la persona victimaria puede incurrir en acciones que son consideradas manifestaciones de violencia infantil, en ese sentido, la investigación ayuda a determinar si estas se pueden considerar como maltrato infantil. Esta intervención procura proteger la salud, la vida y la integridad de la PME y que la persona victimaria asuma las consecuencias legales de su actuar (Loredo y Bobadilla (1987) y Loredo Abdalá et al. (1990) como se citó en Cedenilla y Jiménez, 2020).

Abordaje psicoterapéutico para la persona víctima

En el abordaje psicoterapéutico es importante abordar las consecuencias del abuso físico y psicológico en las víctimas, por eso es fundamental que la persona terapeuta revise si hay presencia de trauma psicológico o de **trauma complejo**. De acuerdo con el CIE-11, se le conoce como Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT complejo) (6B41) y se describe de la siguiente manera:

Es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar (por ejemplo, tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia

doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia). Se cumplen todos los criterios de diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. Además, el TEPT complejo se caracteriza por la gravedad y la persistencia de: 1) los problemas en la regulación del afecto; 2) las creencias respecto de sentirse uno mismo disminuido, derrotado o sin valor, así como sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático; y 3) las dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás. Estos síntomas causan un deterioro significativo en la esfera personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento. (CIE-11)

Las PME que han sido expuestas a situaciones estresantes graves, como por ejemplo el abuso emocional y físico que se da en la relación familiar primaria puede tener consecuencias en la víctima de TFIO. López- Soler (2008) señala que las consecuencias del trauma complejo son afecciones en las siguientes áreas:

1. Regulación de los afectos e impulsos.
2. Memoria y atención.
3. Autopercepción.
4. Relaciones interpersonales.
5. Somatizaciones.
6. Sistema de significados.

Cada víctima puede presentar afecciones diferentes, algunas áreas más afectadas que otras, por eso, la persona terapeuta debe identificar en cada caso cual son las áreas mayormente afectadas y a partir de ahí orientar su plan de intervención.

En la siguiente tabla se observan algunas de las áreas que se pueden ver alteradas por el abuso físico y psicológico en áreas como el apego, biología, regulación del afecto, disociación, control del comportamiento, cognición y autoconcepto. Esta no es una lista

taxativa sino una guía, la víctima puede presentar otras afecciones no señaladas en esta tabla.

Tabla 11.

Áreas afectadas y alteraciones en PME expuestas a trauma complejo

Apego
<p>Problemas con los límites.</p> <p>Desconfianza y suspicacia.</p> <p>Dificultad para adoptar la perspectiva de otras personas.</p> <p>Aislamiento social.</p> <p>Dificultades interpersonales.</p> <p>Dificultad para sintonizar con las emociones de otras personas.</p>
Biología
<p>Problemas en el desarrollo sensoriomotor.</p> <p>Problemas de coordinación, balance, tono corporal.</p> <p>Somatizaciones.</p> <p>Analgesia.</p> <p>Incremento de problemas médicos (p. ej., dolor pélvico, problemas de la piel, asma, trastornos autoinmunitarios).</p>
Regulación del afecto

Dificultades en la autorregulación emocional.

Dificultades para reconocer y expresar sentimientos.

Dificultades para conocer y describir estados internos.

Dificultades para comunicar deseos y necesidades.

Disociación

Alteraciones del estado de conciencia.

Despersonalización y desrealización.

Amnesia.

Varios estados de consciencia distintos.

Memoria deteriorada para recuerdos dependientes del estado.

Control del Comportamiento

Pobre regulación impulsos.

Comportamiento autodestructivo.

Agresividad hacia los demás.

Comportamientos patológicos para calmarse a sí mismo.

Problemas sueño.

Trastornos de alimentación.

Abuso de sustancias.

Complacencia excesiva.

<p>Conducta oposicionista.</p> <p>Dificultades para comprender y aceptar las normas.</p> <p>Recreación del trauma a través mediante el comportamiento o del juego (p. ej., de forma sexual o agresiva).</p>
Cognición
<p>Dificultades en la regulación de la atención y las funciones ejecutivas.</p> <p>Falta de curiosidad sostenida.</p> <p>Problemas con el procesamiento de información nueva.</p> <p>Problemas para concentrarse y completar tareas complejas.</p> <p>Dificultades de aprendizaje.</p> <p>Problemas con la permanencia de objeto.</p> <p>Dificultad para planificar y anticipar.</p> <p>Problemas para entender las responsabilidades.</p> <p>Problemas con el desarrollo lenguaje.</p> <p>Problemas con la orientación en el tiempo y el espacio.</p>
Autoconcepto
<p>Falta de un sentido de sí mismo continuo y predecible.</p> <p>Pobre sentido de separación.</p> <p>Alteraciones en la imagen corporal.</p>

Baja autoestima.

Vergüenza y culpa.

Nota: Adaptado de “Complex Trauma in Children and Adolescents” por A. Cook, J. Spinazzola, J. Ford, C. Lanktree, M. Blaustein, M. Cloitre, R. DeRosa, R. Hubbard, R. Kagan, J. Liataud, K. Mallah, E. Olafson, y B.A. Van der Kolk, 2005, *Psychiatric Annals*, 35(5), p. 392. Derechos de autor reservados [2005] por los autores mencionados como se citó en Pena (2021), p. 47.

Aguilar (2018) como se citó en Pena (2021) menciona que “para tratar el trauma complejo se priorizan los problemas ligados a la historia de traumatización, como son los problemas interpersonales, la falta de regulación emocional y la disociación, pues este tipo de sintomatología es la que genera una mayor repercusión en la vida de estos paciente”. (p. 31)

En esa misma línea de pensamiento, Linares (2006), explica que el impacto del abuso psicológico puede ser a veces más perjudicial que el abuso físico.

El maltrato psicológico familiar consiste pues, al igual que el físico, en un conjunto de pautas relacionales, aunque, a diferencia de éste, su consecuencia no es un riesgo directo para la integridad física, sino una amenaza para la madurez psicológica y la salud mental de las personas sometidas a él. Si, además, existe maltrato físico, es evidente que la integridad física estará igualmente amenazada, pero no siempre los efectos globales serán entonces más graves. De hecho, las situaciones de maltrato psicológico más severas y enloquecedoras, aquellas de las que resulta más difícil defenderse, se corresponden con pautas relacionales sutiles que pueden pasar desapercibidas. Dicho de forma simple, pueden hacer más daño un silencio o subida de cejas que una paliza. (p. 22) (el subrayado no es del original).

Son estas pautas relacionales marcadas por el maltrato las que Laing (1982), explica que las PME pueden internalizar más que los simples objetos.

El niño nace en el seno de una familia que es el producto de las operaciones de seres humanos que lo han precedido en este mundo. Es un sistema al que se logra acceso mediante la vista, el oído, el gusto, el olfato, el tacto, el dolor y el placer, el calor y el frío; un océano en el que el niño aprende muy pronto a nadar. Pero de esta serie son las relaciones, no los simples objetos, lo que se internaliza y se interpreta para hallarle significado. (p. 25)

Las marcas del abuso físico suelen identificarse más fácilmente que las del abuso psicológico; sin embargo, de acuerdo a los autores mencionados antes, es precisamente este tipo de abuso el que más daño causa y por eso es importante su intervención ya que pueden existir secuelas que persistan a largo plazo. Por ejemplo, los hematomas producidos por una paliza desaparecen en poco tiempo, pero la baja autoestima, la inseguridad, la desconfianza entre otros sentimientos y emociones negativas perduran incluso hasta que la PME se convierte en adulta llegando incluso a reproducir en sus propios hijos o hijas conductas similares a las que fue sometido en la dinámica del TFIO.

A continuación se presenta la reciente propuesta de Sanders y Bursch (2020) para abordar el TFIO. El modelo se llama ACCEPTS por sus siglas en inglés, este acrónimo hace referencia a:

Reconocimiento (AC) (acknowledgement): Reconocer y responsabilizarse por los comportamientos inapropiados (intencionales y/o no intencionales) que dañaron o podrían haber dañado a las víctimas.

Es importante mencionar que en esta investigación, cuando se habla de que la madre, padre o persona encargada debe responsabilizarse de las acciones u omisiones derivadas de

la dinámica del TFIO no se habla en términos de culpabilizar sino más bien de que la persona reconozca, asuma, acepte, visualice, sea consciente y comprenda la situación que posiblemente le motivó (consciente o inconscientemente) a realizar dichos actos. La labor de la persona profesional en Psicología es acompañar a la persona usuaria a encontrar una solución a su malestar emocional. Son las autoridades judiciales las que deben terminar si se está o no en presencia de un tipo penal de acuerdo al ordenamiento jurídico costarricense. La persona terapeuta debe brindar seguridad emocional a través de una postura sin prejuicios mientras se ayuda a la persona victimaria a superar la negación.

En la **Terapia Narrativa** se explora la “historia” de la persona victimaria, identificando elementos que pueden haber contribuido a una historia de enfermedad que condujo a comportamientos abusivos. Se debe construir una relación a largo plazo, respetuosa y de apoyo mientras se comunica la aceptación de la persona, pero el rechazo de las conductas abusivas (Sanders y Bursch, 2020).

Afrontamiento (C) (Coping): Desarrollar una gama más amplia de estrategias de afrontamiento efectivas para manejar las necesidades emocionales personales, con el reconocimiento de que el comportamiento abusivo pasado ya no es una opción de afrontamiento. Se debe identificar las necesidades que contribuyeron a los comportamientos abusivos. En la **Terapia Narrativa**, se debe explorar los momentos en los que la persona pudo hacer frente de manera diferente (y más apropiada) y construir sobre esta historia una alternativa de afrontamiento en el presente. Las terapias basadas en la evidencia que se pueden aplicar son la **Terapia Cognitiva Conductual (TCC)**, **Terapia Dialéctica, Técnicas de Terapia Conductual (DBT)**. Las habilidades específicas que se pueden abordar son la regulación emocional, el establecimiento de metas y la resolución de problemas, el manejo de recordatorios de estrés traumático, la comunicación familiar, el manejo de límites interpersonales y la activación del apoyo social. En los **enfoques de**

prevención de recaídas se pueden incluir habilidades de afrontamiento que aprovechen los apoyos sociales dentro de la familia o la comunidad. (Sanders y Bursch, 2020)

Empatía (E) (Empathy): Desarrollar la capacidad de empatizar con las víctimas. Esto requiere que la persona abusadora y el cónyuge/pareja experimenten una respuesta emocional apropiada al daño y sufrimiento que la víctima experimentó como resultado de los comportamientos inadaptados. La persona terapeuta la ayudará a tomar la perspectiva de la PME y trabajará para comprender la experiencia del abuso, el acceder a sus sentimientos de culpa, vergüenza y pérdida, es para abordarlos en la terapia. Además, guiar a mentalizar los efectos del abuso, ayudar a superar la negación, enfrentar la realidad de estos comportamientos y los efectos emocionales y físicos. La **terapia basada en la mentalización (MBT)** puede ser útil para tomar perspectiva y explorar la empatía. (Sanders y Bursch, 2020)

Crianza (P) (Parenting): Desarrollo de habilidades apropiadas de crianza, reconocimiento y capacidad de tomar decisiones con la prioridad de que las necesidades de la PME estén antes que las necesidades de la persona victimaria. Usando un modelo de apoyo de pares, algunos padres también pueden beneficiarse al buscar modelos de buena crianza de los cuales aprender en su familia o comunidad. Las terapias de crianza basadas en la evidencia como la **terapia interactiva entre padres e hijos (PCIT)** se pueden usar para mejorar el apego y las habilidades generales de crianza (Sanders y Bursch, 2020).

Tomar el cargo (T) (Taking Charges): Ayudar a la persona victimaria a reconocer su poder y utilizarlo apropiadamente, así como planificar futuras interacciones con las PME. Esto incluye: asumir plena y genuina responsabilidad por su comportamiento, experimentar respuestas emocionales apropiadas a sus comportamientos inadaptados y al daño que han causado, desarrollar una comprensión de las necesidades de la PME, mejorar

las habilidades de crianza, desarrollar estrategias para identificar y manejar mejor sus necesidades para evitar los abusos (Sanders y Bursch, 2020).

Apoyo (S) (Support): Sistema de apoyo y monitoreo, contar con una familia que apoye y formas profesionales de seguimiento/supervisión (por parte de los servicios de protección infantil y/o profesionales de la salud), fortalecimiento de la relación entre los padres (**terapia de pareja**) (Sanders y Bursch, 2020).

De seguido, se presenta las fases de esta propuesta de abordaje, según Sanders y Bursch (2020):

Fase I: Preparación para la terapia

Se debe desarrollar un **acuerdo de terapia**, que es el camino seguro y claro de la intervención, un plan sólido para la evaluación del progreso y un equipo de abordaje adecuado. Además, se deben establecer límites útiles relacionados con la terapia.

Es importante limitar la información que se brinda al sistema judicial para preservar de manera óptima la relación terapéutica.

Con respecto a la eficacia de la terapia, se debe proponer a otra persona evaluadora del progreso de la terapia con información relacionada a la asistencia al abordaje, las modalidades utilizadas, las habilidades enseñadas y las impresiones generales del progreso. Se recomienda que sea una persona externa quien evalúe los indicadores importantes del éxito de la terapia (como la autocomprensión, la empatía, las habilidades de crianza y de afrontamiento, la planificación de la seguridad) y haga recomendaciones sobre los próximos pasos.

Por otra parte, se recomienda tener acceso a toda la información necesaria para una intervención exitosa (copia de cualquier evaluación que se haya realizado, documentos legales que especifique los hechos del caso y registros médicos).

Si la persona profesional en psicología no tiene experiencia, debe tener acceso inmediato a la consulta con una persona experta que le ayude a monitorear los puntos ciegos.

Antes de entrar en terapia, se debe evaluar la probabilidad de éxito. El éxito del abordaje es la confesión de las conductas abusivas, si la persona victimaria no puede generar confianza y entrar en el proceso de manera genuina y oportuna, puede considerar finalizar la intervención. Se recomienda que el acuerdo inicial para el abordaje incluya un acuerdo para evaluar la viabilidad del éxito que se evaluará al principio del mismo (Sanders y Bursch, 2020).

- **Plan de Seguridad y Plan de Reunificación**

Es importante contar con una estructura segura para la familia que proporcione pautas claras con respecto a las expectativas y cómo procederá la posible reunificación. Esto incluye pautas claras sobre cómo serán evaluados para la reunificación y cómo procederá el abordaje clínico de los padres y las víctimas (Sanders y Bursch, 2020).

Fase II: Terapia Individual

- **Terapia individual para presuntos padres/cuidadores victimarios.**

El Modelo ACCEPTS de cinco pasos anteriormente explicado se aplica la intervención psicológica de la persona victimaria.

La persona terapeuta puede abordar el autoengaño señalando con apoyo las fallas cognitivas y alentando una mayor exploración de estos aspectos de la narrativa de la persona abusadora (Sanders y Bursch, 2020).

Se debe revisar la historia de vida que puede proporcionar pistas sobre las formas en que la persona abusadora (o la pareja) fue maltratada, ignorada, criticada o degradada de manera que le llevó a buscar el reconocimiento y la compasión de los demás. Esto a menudo incluye un historial de trauma y/o experiencia con una enfermedad que puede haber llevado a un medio para ser nutrido por otros.

Las **terapias centradas en el trauma basadas en la evidencia** también pueden ser útiles cuando un padre ha experimentado un trauma y, a veces, es la primera fase del abordaje, si los síntomas del trauma son graves (Sanders y Bursch, 2020).

- **Terapia individual para otros familiares o amigos**

La PME puede ser colocada con otros parientes o amigos de la familia. Para protegerle eficazmente, estos deben ser capaz de reconocer la amenaza y mantener los límites apropiados.

En la terapia es importante abordar los sentimientos de los familiares y amigos por ejemplo, se pueden sentir resentidos, traicionados, enojados y/o culpables, se debe desarrollar planes de seguridad apropiados (Sanders y Bursch, 2020).

- **Terapia individual para PME**

Es fundamental tener en cuenta la edad y el desarrollo, todas las PME deben recibir terapia a menos que sean bebés o preverbales.

Se debe establecer la seguridad y ayudar a la víctima a comprender la relación terapéutica. La mayoría de las víctimas creen que están o estuvieron enfermos o con alguna discapacidad. Algunos tienen grandes dificultades para alterar su sistema de creencias. Además, equilibrar la necesidad de respetar las creencias de la PME y el apego a la persona abusadora con la necesidad de la PME de descubrir la verdad para optimizar la salud y el funcionamiento, esto requiere no estar juzgando y ser neutral.

La persona terapeuta debe guiar a las víctimas a explorar sus historias de enfermedad y ayudarlos a comprender la realidad de su estado de salud. Para las PME menores de 8 a 10 años y aquellos que tienen discapacidades intelectuales significativas, el uso de la **terapia de juego** puede ser un enfoque terapéutico inicial más útil para explorar la historia pasada de la enfermedad y reformular una historia de salud.

Algunos de los problemas que se deben tratar son la interacción social, la atención y la concentración, trastornos de oposición, patrones de distorsión de la realidad, baja autoestima, reacciones al trauma y dificultades de apego, sentimientos de enojo, depresión y oposición.

Las **terapias centradas en el trauma** pueden ser ventajosas. La persona terapeuta debe procurar la salud, el funcionamiento independiente apropiado, la socialización y la asistencia a la escuela. Establecer un plan de rehabilitación formal para algunos PME que han experimentado abuso o negligencia grave y/o altamente incapacitante.

Si las PME no han sido separadas de sus familias o están involucrados en un plan de reunificación con su madre, padre o persona encargada se recomienda que reciban una **terapia integrada con estas personas** para promover una relación saludable entre padres, madres o personas encargadas e hijos/hijas. Si no se van a reunir, es probable que se beneficien de la **terapia para promover un vínculo saludable** con las nuevas personas cuidadoras. (Sanders y Bursch, 2020)

Fase III: Terapia de crianza compartida

Si ambos padres quieren trabajar en la crianza compartida y ambos pueden reconocer el abuso, pueden estar listos para integrarse y trabajar juntos para ayudarse mutuamente a sobrellevar y criar adecuadamente (establecimiento conjunto de objetivos, resolución de problemas, comunicación, clarificación de roles, manejo de límites y prácticas

de crianza). Por lo general, no vuelven a asumir la responsabilidad de las citas médicas de la PME o el otro padre accede a estar presente en todos los encuentros clínicos (Sanders y Bursch, 2020).

Fase IV: Terapia Familiar

Si se reconoce el abuso, es importante que los padres o encargados informen a la PME la realidad de la enfermedad falsa. El objetivo de tal sesión (o serie de sesiones) es aclarar la historia de la enfermedad falsa.

Debe quedar claro con anticipación que el objetivo no es que pida perdón, sino brindarle a la PME información precisa y expresar empatía por su experiencia. Los padres pueden beneficiarse de practicar con anticipación las respuestas a las preguntas que la PME pueda tener para asegurarse de que sus respuestas sean simples, precisas y sensibles a sus sentimientos. Esto es para disminuir la autculabilidad y la negación.

Los objetivos de esta fase serían ayudar a los padres a crear expectativas adecuadas para sus hijos, reconocer a la PME como un individuo único y separado y reconstruir los vínculos.

La **Terapia de juego** está diseñada para ayudar a los padres a cuidar a la PME de una manera más saludable. Se entrena a los padres para promover relaciones saludables (uso apropiado del poder en sus relaciones con sus hijos, involucrarlos en interacciones más congruentes y positivas, aumentando la autoaceptación). También puede ser útil las **terapias de juego familiar estructurado como PCIT** (Sanders y Bursch, 2020).

Fase V: Terapia de consolidación o terminación

Se espera que quien agredió haga un progreso significativo para que el caso permanezca abierto. La justificación de este requisito es proporcionar a la PME la mejor

oportunidad para el apego y para el logro de los hitos del desarrollo con una salud y un funcionamiento óptimos.

No hay un límite de tiempo establecido que dicte cuándo el abordaje ha sido efectivo o no. Por lo general, el progreso se evalúa en función de los plazos judiciales. Si la persona victimaria no puede asumir ninguna responsabilidad por sus acciones de manera oportuna, esto refleja una falta de progreso significativo y es posible que los tribunales deban avanzar hacia una situación de crianza alternativa. No hay investigaciones que indiquen la cantidad de tiempo ideal para permitir que una persona con TFIO haga un progreso significativo, la necesidad de permanencia de la PME y la experiencia clínica sugieren que no lograrán un progreso significativo si no pueden reconocer su papel al menos hasta cierto punto, dentro de un marco de tiempo de 6 meses.

Para las familias que no logran un progreso significativo, la última fase de la terapia está dirigida a preparar a los miembros de la familia para la terminación. Esto generalmente incluye la ruptura de los derechos de las madres, padres o persona encargada y el fin del contacto entre estos/as e hijos/as, al menos hasta que la PME sea adulta.

Para las familias que logran un progreso significativo suficiente, es ideal si los apoyos terapéuticos se pueden mantener tanto tiempo como sea posible para promover la consolidación de los logros, ayudar a la familia a superar el estrés de la reunificación y/o brindar asistencia temprana cuando surgen problemas.

Jiménez et al. (2016) señalan que “usando una entrevista semiestructurada, Adult Attachment Interview (AAI), para valorar el tipo de vínculo materno-infantil de 67 madres perpetradoras de SMpP, Adshead y Bluglass (2005) encuentran un 85% de madres con vínculo inseguro. Estas madres mostraban estados mentales altamente desorganizados cuando pensaban en el acto de cuidar o de haber sido cuidadas en su propia infancia” (p.

35). Por esto, es que para fortalecer la propuesta de Sanders y Bursch en el abordaje del TFIO, se le recomienda a la persona psicoterapeuta analizar el vínculo maternofilial.

Con respecto al vínculo patológico entre madre-niño/a, Landa, Alvites y Fortes (2014) mencionan que esto es:

Asumir el rol de enfermo a través de su supuesto niño enfermo como una forma de pedir ayuda para sus propios problemas. En muchas de estas madres hay una historia de traumas y abusos en su infancia por lo que se ha sugerido que estas personas canalizarían sus inseguridades y síntomas afectivos a través de conductas abusivas hacia sus hijos, para de este modo obtener atención del médico (gratificación emocional) (p. 794).

Analizar el vínculo y la historia de vida de la persona victimaria no se hace con el propósito de justificar a la madre, padre o persona encargada sino más bien de comprender en su vida que fue lo que detonó o causó el TFIO, es importante recordar que la causa de este trastorno es multifactorial. La historia podría brindar algunos elementos para entender e incluso temas que serían fundamental abordar en la terapia como por ejemplos traumas pasados.

Por su parte, Karlin (1995) como se citó en Cedenilla y Jiménez (2020) explica que:

El niño puede llegar a ver el amor de su madre como un vínculo dependiente del inicio de la enfermedad por lo que el menor entra a formar parte del engaño o provocándose él mismo determinados síntomas, para protegerse a sí mismo o por miedo a ser abandonado. Cuando el niño se identifica con la enfermedad y la usa como vía de expresión y medio comunicativo con la madre, llega a convertirse en paciente del SM: de víctima a perpetrador de sí mismo. E incluso, se puede

convertir, en un futuro, también en perpetrador del SMP, realizando esto con sus hijos (p. 8)

Por la razón anterior, es que se recomienda a las personas profesionales en Psicología dar seguimiento como una acción preventiva a los casos de TFIO ya que la víctima puede aprender y reproducir algunos de las conductas o eventos a los que fue sometido/a en el futuro en sus hijos biológicos o adoptivos o en niños, niñas o adolescentes que tenga bajo su cargo. Respecto a este tema, Jiménez (2016) señala que:

Esta relación vincular patológica muestra dificultades en la individuación-separación, específicamente referidas a los temas relacionados con el hospital (ingresos o consultas), estando en la base de la participación inconsciente de la víctima en el engaño o siendo incluso responsable de la participación directa de la víctima, cuando se alía confabulando con el abusador. Esta alteración del vínculo perpetrador/a víctima, es fundamental para explicar el mantenimiento del síndrome y planificar su adecuado tratamiento psiquiátrico. El tipo de relación que existe entre la víctima y su abusador es un comportamiento característico que muestra frialdad, ambivalencia (amor-odio) y un frente común ante los planteamientos médicos; aparentemente se podría decir que es un retraso en el proceso evolutivo normal de separación-individuación propio de todos los niños. (p. 76)

El abordaje terapéutico del vínculo según Jiménez (2014) “se hace desde las tácticas de vinculación (...), seguidas de una terapia diádica para conseguir la necesaria autonomía de cada uno de los protagonistas del cuadro” (p. 240). Asimismo, Jiménez (2016) indica que se puede plantear “el abordaje terapéutico con psicoterapia individual de “insight” focalizada en resolver el síntoma y terapia familiar de apoyo y orientación para conseguir la individuación-separación del niño y de la madre” (p. 94)

Otros de los autores que se refieren al abordaje del TFIA son López y Jiménez (2005) como se citó en Jiménez, López, Crespo, Muñoz y López (2016), y señalan que la **intervención con las víctimas** debe incluir los siguientes aspectos:

1. Cuidados pediátricos de los problemas somáticos secundarios al síndrome.
2. Exhaustiva evaluación psicológica, madurativa, escolar y psicosocial.
3. Psicoterapia individual complementada con una adecuada rehabilitación escolar, familiar y social.
4. Ludoterapia centrada en temas como el temor a la destrucción de sí mismo, la pérdida de la confianza básica en las personas que ama, las alteradas relaciones vinculares maternofiliales y la distorsionada imagen de su madre a la que perciben llena de incongruencias.
5. Terapia cognitivo conductual orientada a disminuir la ansiedad y adquirir habilidades para adaptarse al estrés sufrido por las innecesarias intervenciones quirúrgicas y los dolorosos métodos de exploración.
6. Terapia diádica maternofilial para reparar las alteradas relaciones vinculares con la madre que exacerbaban la ansiedad y agravan la sensación de estrés. (López y Jiménez, 2005, como se citó en Jiménez et al., 2016, p. 43).

Con respecto a la **intervención psicológica** en la víctima, Morales y de la Morena (1994) como se citó en Morales, Morena (2005) mencionan que se debe abordar los miedos, ansiedad, tristeza y sentimientos de desamparo “utilizando las técnicas oportunas en cada caso y según la edad del pequeño, entre las que se encuentran la psicoterapia infantil, las técnicas de relajación, las técnicas basadas en el juego infantil para disminuir su malestar, las técnicas de habilidades sociales, las técnicas para aumentar la autoestima” (p. 325).

Abordaje psicoterapéutico para la persona victimaria

En otro orden de ideas, López, Jiménez (2005), como se citó en Jiménez et al., (2016) indica que algunos de los **factores** que pueden contribuir al estudio psiquiátrico de la persona con el diagnóstico de TFIO son:

1. **Vulnerabilidad genética y biológica** (p. ej., aumentada sensibilidad al dolor traumático): El comportamiento, la percepción, la recompensa y el nivel anímico están conectados a través del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal que modula sus interacciones y es regulado por el sistema k-opioide. En los trastornos adictivos este sistema se encuentra alterado y en el TFIO con contexto de enfermedad adictiva hay asociaciones genéticas que tomar en cuenta. La hiperactividad del locus coeruleus promueve la mayoría de los síntomas de abstinencia en todos los trastornos adictivos y este hecho hay que tenerlo en cuenta para que la confrontación con la realidad de las madres sea segura. La confrontación deja a la madre en situación de abstinencia y el riesgo se incrementa para la PME y para ella (continuación del abuso en otro hospital y riesgo suicida).
2. **Alteraciones en el vínculo materno filial del perpetrador/a**: Hace referencia a patrones de vínculos alterados, estados mentales desorganizados cuando se piensa en el acto de cuidar.
3. **Experiencias traumáticas tempranas propias**: Violencia, negligencia, abuso, carencias afectivas vividas, trauma infantil, traumas de adulta, violaciones, violencia doméstica.
4. **Transmisión intergeneracional, en el sistema familiar, de las conductas de falsificación de síntomas y de síndromes**: La conducta de fabricar enfermedades puede aprenderse y enseñarse en el sistema familiar (proceso cíclico).
5. **Aprendizaje de experiencias positivas respecto de la enfermedad**:

Aprendizaje temprano de experiencias con refuerzo positivo relacionadas con la enfermedad o aprendizaje del “papel de enfermo”. La recompensa aprendida se basa en la atención y los cuidados parentales obtenidos cuando se está enfermo o se aparenta estarlo y en la exención de las tareas domésticas, sociales o escolares (ganancias emocionales).

6. **Motivación de la persona con TFIO:** Perfil psicopatológico.
7. **Comorbilidad psiquiátrica:** Situaciones de patología dual o comorbilidad (trastornos de conducta con pérdida del control de impulsos, depresiones, trastornos de personalidad como el borderline, mentira patológica (p. 34).

Aunado a lo anterior, López, Jiménez (2005), como se citó en Jiménez et al., (2016) señala que el **perfil conductual** de la persona con TFIO puede ser el siguiente:

1. Fascinación por el ambiente hospitalario y su contexto situacional o por temas relevantes de la práctica médica.
2. Preocupación e ideas persistentes acerca de la enfermedad y el entorno médico rememorando situaciones gratificantes vividas previamente en los hospitales.
3. Pensamientos repetitivos de planificación de nuevas estancias hospitalarias que ocupan casi todo su tiempo vital.
4. Autopercepción de una progresiva y creciente necesidad de buscar el ambiente hospitalario, sobre todo ante cualquier circunstancia estresante.
5. Reconocen que su búsqueda del ambiente hospitalario les ayuda a escapar de los problemas cotidianos y les alivia los sentimientos disfóricos de desesperación, culpa, ansiedad o depresión.
6. Fracasos repetidos en controlar o interrumpir sus conductas adictivas de abuso con una recurrente dificultad a la hora de dominar sus impulsos para llevar a la víctima al hospital.

7. Aparición de depresión, irritabilidad, disforia o ansiedad cuando intentan controlar su conducta de búsqueda de hospitales.
8. Sensación de tensión emocional creciente antes de ir al hospital.
9. Gratificación, liberación de estrés y bienestar durante la estancia hospitalaria.
10. Engañan a la familia y a los médicos para ocultar su grado de implicación y ejecutan actos punibles para lograr sus objetivos como son las invenciones y fabricaciones de síntomas en sus hijos (p. 36).

Asimismo, Feldman, Eisendrath (1996) como se cita en López y Jiménez (2005) como se citó en Jiménez et al., (2016) explica que algunas de las **estrategias globales** aconsejadas para el manejo del TFIO son:

1. La víctima debe ser ubicada en una posición de seguridad absoluta para interrumpir el abuso. Si se produce la separación temporal de la madre, esta debería durar hasta que se complete la evaluación psiquiátrica de la perpetradora y se verifique el estado de salud de la víctima. La decisión de una posterior reunificación familiar, convenientemente asesorada, seguida y apoyada por la persona profesional en psiquiatría responsable del caso.
2. Las personas profesionales en medicina o pediatría responsables de la PME de la zona de residencia familiar deben hacerse cargo del seguimiento de la salud de la víctima y demás miembros de su familia, asegurando la interrupción definitiva de los abusos.
3. El personal de medicina responsable debe vigilar, periódicamente, la situación física de la víctima y la aparición de anomalías conductuales o del desarrollo, secundarias al trastorno. Asimismo, se debe recabar información académica que asegure una adecuada escolarización.
4. Se hará una revisión periódica de la salud de las o los hermanos de la víctima durante

el tiempo necesario.

5. Se realizará un proceso psicoterapéutico global, que incluirá: tratamiento individual de la madre, tratamiento individual de la PME y terapia diádica de la pareja madre-hijo.
6. Se implementará terapia familiar re estructurante para todos los miembros de la familia
7. Los servicios sociales realizarán seguimiento a largo plazo y supervisión del grupo familiar (p. 41).

Por otra parte, Feldman y Eisendrath (1996) como se citó en López, Jiménez (2005) como se citó en Jiménez et al., (2016) sugieren las siguientes **pautas de actuación del equipo terapéutico** en el TFIO para una posible intervención pericial y una adecuada confrontación materna con los abusos:

1. Reunir y ordenar todos los informes médicos.
2. Evidenciar los síntomas facticios, verificando la exactitud de la historia clínica, fabricación de síntomas, relación temporal de los síntomas con la presencia de la madre, inconsistencias y contradicciones, diagnósticos diferenciales y dinámicas familiares.
3. Comunicarse entre los miembros del equipo los descubrimientos médicos observados y coordinarse con el Servicio de Protección de Menores.
4. Cuando se necesitan más evidencias: hacer un nuevo análisis retrospectivo.
5. Monitorización estrecha de la pareja madre-hijo, con vigilancia y supervisión, por parte del personal asistencial o por medio de vídeo encubierto.
6. Planificación del tratamiento: estudio psiquiátrico para valorar las características y psicopatología de la persona perpetradora del abuso.
7. Evaluación pediátrica y psicológica de la víctima. Estructuración del plan terapéutico

para la rehabilitación de la PME y su familia (p. 42).

López, Jiménez (2005) como se citó en López et al., (2016) mencionan que las **características de la psicoterapia individual de la persona perpetradora** del abuso en el TFIO son:

1. Revisión de los procesos traumáticos sucedidos en la infancia de la perpetradora, buscando antecedentes de abuso sexual, negligencia o abusos físicos.
2. Se constatará la existencia de alteradas relaciones vinculares entre la perpetradora y su propia madre, que deberán ser recuperadas en la medida de lo posible.
3. Se insistirá en mejorar sus capacidades para enfrentar los temores psico traumáticos primarios y los sentimientos de culpa que le originan las conductas de abuso con el hijo/a víctima.
4. Los métodos de terapia cognitivo-conductual se emplean en este tipo de pacientes para mejorar las habilidades sociales y conseguir cambiar sus mecanismos adaptativos, de modo que permitan satisfacer las necesidades afectivas y de recompensa fuera del ambiente hospitalario.
5. El entorno psicoterapéutico debe proporcionar la posibilidad de expresar sus afectos dolorosos sin tener que recurrir a ninguna acción compulsiva extrema contra el hijo/a o contra sí misma.
6. Finalmente, se trabajará en la reforma y reconstrucción de la identidad personal de la perpetradora (p. 43).

De la misma manera, López, Jiménez (2005) como se citó en López et al., (2016) explican que en el **abordaje terapéutico de la persona perpetradora** del TFIO se debe considerar:

1. Establecer una alianza terapéutica con la paciente, basada en la confianza y la vinculación afectiva.

2. Ayudarle a descubrir auténticas capacidades de empatía y relación social, así como sus habilidades para manejar situaciones de estrés.
3. Apoyar su autoestima y mejorar la confianza en sí misma.
4. Realizar una confrontación gradual para el reconocimiento de la compulsividad de sus conductas facticias.
5. Propiciar una modificación paulatina de sus mecanismos de recompensa y enfocarle las razones de su búsqueda del ambiente hospitalario.
6. Intervención con la familia, en especial con el padre no- perpetrador, para minimizar efectos secundarios indeseables de la confrontación.
7. Asegurar la cobertura farmacológica y psicoterapéutica indicada para cualquier patología psiquiátrica asociada que se haya detectado; y en su caso, para las consecuencias de la supresión brusca de las conductas adictivas a los hospitales (p. 43).

Por su parte, Comas y Vásquez (2004) indican que hay dos formas de abordar el TFIO con la persona victimaria, una es la confrontación directa y la otra la confrontación indirecta.

En la **confrontación directa** se trata de:

Informar al paciente que se detectó el engaño, que sus síntomas son provocados y que tiene un trastorno mental llamado SM, y que por lo tanto se le va a dar tratamiento psiquiátrico. Lo constante en este tipo de confrontación directa es que el paciente abandone o huya del hospital, para no regresar jamás e irse a otro hospital, para continuar el mismo ciclo. En el mejor de los casos, acepta una terapia temporal y después la abandona, sin obtenerse mejoría (p. 8).

En la **confrontación indirecta**, la persona profesional en psicología intenta:

No decirle al paciente que se le descubrió, e iniciar tratamiento en forma “encubierta”, es decir dejarlo que relate su vida e historia, para ir conociendo todos

aquellos eventos relacionados con la aparición y mantenimiento de la enfermedad. No se le confronta para decirle que está engañando a los médicos y enfermeras, sino que se trata de ganarse su confianza y se hace un acercamiento psicoterapéutico progresivo y lento. Paulatinamente el paciente será confrontado con el hecho de que simula su enfermedad, pero se tendrán más elementos clínicos psicoterapéuticos para darle el apoyo adecuado, para que no huya o abandone el tratamiento (p.8).

En suma, tanto la persona víctima como la victimaria requiere de una intervención psicoterapéutica en la cual se aborden las principales áreas afectadas o alteradas por la dinámica disfuncional y el abuso físico y psicológico derivados del TFIO. Cada caso debe ser atendido con cautela y procurado el mayor bienestar para la persona usuaria con el fin de reducir su malestar emocional y salir delante de la situación adversa por la que atravesó.

CAPÍTULO 5: Fortalezas y debilidades de los abordajes psicoterapéuticos del Trastorno Facticio Impuesto a Otro

De acuerdo con Sanders y Bursch (2020), no hay suficientes estudios formales del tratamiento del TFIO, por lo que resulta complejo hacer una comparación de las fortalezas y debilidades de cada abordaje, esto debido a cuatro razones:

El trastorno es complejo ya que involucra información recopilada de diferentes disciplinas, segundo, por el desconocimiento es poco diagnosticado y por lo tanto no se le dan los fondos suficientes para invertir en investigación y desarrollar tratamientos específicos. Tercero, la mayoría de los tratamientos son ordenados por la corte, la persona victimaria no desea participar de forma voluntaria y cuarto al ser un caso legal el tratamiento y los resultados o informes son casi siempre confidenciales. (p. 40)

En ese orden de ideas, Sanders y Bursch (2020) explican que la efectividad de un tratamiento “se va a ver relacionado con la gravedad de los trastornos de personalidad, el reconocimiento de las conductas abusivas, el apoyo familiar y fortalezas propias de la personalidad como reconocer el abuso y los riesgos de la PME” (p. 140).

Como se mencionó anteriormente, el abordaje del TFIO debe darse de forma integral, es por eso que a continuación, se presenta más que una comparación, una lectura o interpretación que le dan los diferentes enfoques de la psicología al TFIO, se le recomienda a la persona terapeuta tomar los conceptos, teorías, técnicas y herramientas que considere le ayudaran a avanzar en el proceso terapéutico.

Desde el **enfoque psicoanalítico**, el TFIO se presenta por una “falla en la capacidad de amar, proteger y dar prioridad a las demandas de los hijos por encima de las propias necesidades” (Gomes, Germano, Kegler y Kother, 2014, p.150), es un “intento de

elaborar sus propios conflictos por medio de la repetición de procedimientos de investigación e intervención médica que se le hacen al hijo” (p.150). Laplanche y Pontalis (2001) como se citó en Gomes et al., (2014) dice que la repetición se entiende como “una compulsión de origen inconsciente, por medio de la cual “el sujeto se coloca activamente en situaciones penosas, repitiendo así experiencias antiguas” (p. 150). De acuerdo con la teoría freudiana se señala que las “dificultades o incapacidades de representaciones psíquicas, resultado de experiencias traumáticas, pueden causar muerte en el espacio psíquico” (p. 150). El psicoanálisis interpreta que la distorsión de la realidad que hay en la sintomatología de la madre se debe a su historia, por lo tanto:

Se puede considerar que en los delitos de la madre se manifiesta la reproducción de experiencias traumáticas. Esto implica que, a través de la repetición de estas situaciones impuestas al hijo, la perpetradora procura reproducir activamente algo que sufrió pasivamente, siendo el acto ejecutado por ella una tentativa de dominar experiencias desagradables originadas en su propia historia. (p. 151) (el subrayado no es del original).

Por su parte, Meadow (2002) dice que la perversión de la parentalidad:

Indica una carencia en los cuidados relacionados con el amor y protección ofrecidos al hijo. Conforme a esto, se cuestionan las condiciones del cuidado ofrecido a estas mujeres en sus historias de vida, cuya hipótesis de precariedad o inexistencia parece confirmada en la actual repetición compulsiva de su comportamiento como madre, denunciando un perjuicio en la modalidad de cuidado que se traduce en violencia. (p. 151) (el subrayado no es del original).

Lovaglio y del Bagge (2011) como se citó en Gomes et al., (2014), indica que en el TFIO la persona victimaria establece el mecanismo de defensa de la disociación pero no

presenta el cuadro general de un estructura psicótica, en su lugar, se presenta un “proceso de pensamiento perverso simulan ser buenas madres, al mismo tiempo que maltratan a sus hijos” (p. 11). En esa misma línea de pensamiento, Schreier (1992) indica que las personas perpetradoras del TFIO, que por lo general son las madres, tiene una forma particular de “perversión del carácter” y con respecto a esto señala que:

La madre se convierte en una madre "perfecta" en una relación perversa y fantasiosa con un médico simbólicamente poderoso, en la que el daño que inflige a su bebé es solo una parte producto de las necesidades de esa relación. La perversión aquí no se refiere a prácticas particulares, sino más bien a un modo de funcionamiento mental no psicótico en el que la distinción entre la realidad y la fantasía es borrosa por alguien que tiene dificultades para aceptar la realidad a pesar de los afectos desagradables y una capacidad poco desarrollada para sentir culpa (Schreier, 1992, p. 422).

Schreier (1993^a) dice que las madres cuando nacen sus hijos toman esa oportunidad para relacionarse activamente y controlar al personal médico y por eso amplifican una dolencia que tenga o inducen la enfermedad. Se puede decir que a nivel inconsciente lo que buscan es mantener una relación intensa y distante, perversa y ambivalente con alguien que represente la figura paterna y que es amado y temido, en este caso el personal médico es el que simboliza esa segunda oportunidad para mantener esa relación que anhelaba con el padre, también representa miedo a otro abandono.

Desde el **enfoque psicodinámico**, Plassman (1994) como se citó en Kinsella (2001) dice que se interpreta que la persona victimaria quiere “lograr el control en una vida dominada por el caos y el abuso” (p. 199), usa el “masoquismo como respuesta a la culpa por sentimientos sexuales o de ira. El abuso que han sufrido estos pacientes se recrea en operaciones e investigaciones. Se cree que el paciente se siente más en control en estas

ocasiones” (p. 199) y finalmente “la ira se dirige a los médicos que simbolizan a los abusadores anteriores. La rabia toma la forma de burlar a los médicos y la familia. Los síntomas como una defensa contra un mayor colapso psicológico” (p. 199).

Desde el **enfoque Cognitivo Conductual** se entiende que la producción de síntomas se ve reforzada por la atención y la preocupación que logra la persona victimaria. Gardeazabal, Morrás, Gómez, Duran, Ordoñez, Moreno (2019) recomiendan la aplicación de la terapia cognitivo-conductual: técnicas operantes para la modificación de conductas, reestructuración cognitiva, técnicas de respiración, relajación, inoculación de estrés, exposición, terapia cognitivo-conductual con base en mindfulness, técnicas narrativas, entrevistas de apoyo emocional y validación.

De acuerdo con el modelo de Jeff Young de los esquemas tempranos de mala adaptación (Young, 1998), las suposiciones disfuncionales y las creencias pueden permanecer latentes hasta que se activan por eventos críticos como el abandono, el aburrimiento o más abuso y también por los pensamientos automáticos. El comportamiento de la persona con TFIO “pueden estar motivados por alguna necesidad de seguridad o cuidado, pero también pueden estar impulsados por la ira relacionada con el maltrato anterior, real o imaginario, por parte de los cuidadores o los médicos” (Jonas y Pope, 1985 como se citó en Kinsella, 2001, p. 198). Con respecto al abordaje, este enfoque apunta a un protocolo de terapia donde se podría abarcar lo siguiente:

Evaluación, formulación, cambio de comportamiento y pensamientos negativos y, finalmente, trabajo de esquemas. La evaluación analizaría en particular los factores desencadenantes de comportamientos ficticios, ganancias y pérdidas, estrategias de afrontamiento alternativas y una evaluación detallada de episodios recientes. En este examen del estado mental sería importante detectar comorbilidad, por ejemplo, depresión o abuso de sustancias. La historia personal ayudaría al

terapeuta a comprender el desarrollo del esquema. La terapia primero debe ayudar al paciente a comprender por qué está actuando de esta manera; el problema de salvar las apariencias debe abordarse a continuación, y también deben abordarse los pros y los contras de alertar a la familia y los profesionales; por ejemplo, sincerarse con todos puede ser un impedimento para continuar con el comportamiento (p. 200).

Asimismo, las teorías cognitivas en la suposición de que la cognición juega un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología (Beck, 1967, 1971, 1976). Desde este enfoque se subraya a los esquemas cognitivos y como estos:

Juegan un papel central en el mantenimiento de la integridad interna y la consistencia de las experiencias cognitivas a lo largo del tiempo. Los vínculos de los esquemas cognitivos con la sintomatología pueden explicarse en términos del hecho de que, cuando la información entrante sobre un evento estresante es incongruente con los esquemas cognitivos del individuo, la patología puede ser un posible resultado (...) la falta de congruencia entre un esquema cognitivo existente y la información que fluye desde el entorno crea y luego mantiene la sintomatología. Alternativamente, en un caso en el que un individuo ya tiene un esquema cognitivo relativamente negativo, la información entrante sobre un evento estresante en realidad puede ser congruente con ese esquema cognitivo; el resultado, sin embargo, todavía es probable que sea el inicio de una psicopatología (p. 26).

Desde el **enfoque de las relaciones objetales**, Mahler explica que alrededor de los dos años, la dinámica entre la madre y su hijo es clave, en este tiempo ocurre la fase de acercamiento, en donde ambos se involucran en una especie de aventura y devolución en donde hay una integración del ego y la separación e individuación exitosa. Por ejemplo, la PME sale corriendo y la madre le sigue, el niño o niña explora y regresa con su madre, a esto

Mahler le llamó “recarga emocional” y dice que en niños o niñas sanas y normales la madre puede reconocer y apoyar los esfuerzos de su hijo o hija, sin embargo, en el TFIO, la persona con esta condición no logra negociar esta fase que es muy importante en el desarrollo, entonces:

Al no poder separarse psicológicamente de la madre, el niño es incapaz de integrar imágenes buenas y malas de sí mismo. Mantiene imágenes divididas de su madre, además de mantener su propia imagen dividida mala y buena de sí misma. Como consecuencia, no hay fusión de las dos imágenes en una, y no hay percepción de ella misma y de su madre como individuos completos y constantes. Continúa percibiendo a las personas como dicotómicas, ya sean buenas o malas, y no logra alcanzar por completo la cuarta fase de la constancia del objeto de Mahler. (Elliott, 1998, p. 16)

Además, Elliott (1998) señala que:

Las defensas posteriores, como la escisión y la identificación proyectiva, resultan de esto, al igual que los déficits del yo, como la percepción de la realidad y el control de los impulsos deteriorados, la baja tolerancia a la frustración y los límites del yo pobres. En ausencia de la capacidad de la madre para percibir y apoyar los esfuerzos del niño para establecer esta identidad emergente o yo real, el niño desarrolla lo que Masterson (1988) llama el "falso yo". Este proceso puede convertirse en una espiral de desarrollo descendente y prácticamente garantiza que el niño desarrollará un yo falso, utilizando estrategias primitivas para protegerse de lo que Masterson llama "depresión por abandono". (p. 146-147)

Asimismo, el concepto de Winnicott (1960, 1965) de "madre suficientemente buena", que se refiere a la sensibilidad de la madre a las necesidades del niño o niña durante

momentos de frustración, también es útil para comprender la dinámica del TFIO, la madre no deber ser perfecta pero si suficientemente buena para que el niño o niña sea capaz de experimentar frustración necesaria para su desarrollo de su deseo y de su capacidad para la individuación.

Desde el enfoque de la **teoría del apego**, se apunta a que las madres con TFIO no desarrollan vínculos seguros y esto es debido a fallas maternas y por lo tanto no puede desarrollar relaciones íntimas saludables en su propia vida, además, “tampoco pueden proporcionar a sus propios hijos el apego seguro necesario para su propio desarrollo normal” (Elliott, 1998, p. 25), “debido a los problemas derivados de las fallas en el apego dentro de la díada madre/hijo, los perpetradores de MBPS pueden caracterizarse por lo que Ainsworth denominó un estilo de apego ansioso/ambivalente” (Elliott, 1998, p.25).

Por otra parte, desde el **enfoque sistémico**, se explica que las personas con TFIO posiblemente crecieron en sistemas familiares enredados donde había límites permeables excesivamente y reactividad emocional externa. Al respecto Minuchin (1974) como se citó en Elliot (1998) señala que:

Es probable que el sistema familiar entrelazado requiera que todos los miembros de la familia permanezcan "unidos" a toda costa, con poca tolerancia por las diferencias individuales. Los miembros de la familia enredada, que ya son reacios a expresar puntos de vista divergentes, a menudo reprimen sus propios sentimientos. Su hipersensibilidad a las reacciones de los demás en efecto limita su autonomía. (p. 151)

Además, Elliot (1978) agrega que otro tipo de sistema familiar que puede llevar al TFIO es la familia desvinculada porque:

Carece de relaciones suficientemente vinculantes entre los miembros de la familia. Las familias desvinculadas generalmente carecen de cercanía emocional y una falta inherente de vínculo emocional, lo que dificulta o imposibilita que los miembros de la familia creen y mantengan un entorno de apoyo mutuo. Al mismo tiempo, los patrones de comunicación distorsionados impiden la adaptación del sistema familiar, especialmente en situaciones de estrés. Los miembros de la familia en familias desconectadas se distancian unos de otros, creando lo que Bowen (1978) denominó un corte emocional. (p. 152)

Por esta razón, Elliot (1978) sugiere que los sistemas familiares disfuncionales contribuyen a los comportamientos patológicos exhibidos por la persona victimaria.

Por último, desde el **enfoque de la Teoría analítica** de Jung, Jung (1968) señala que la parte más importante del inconsciente no proviene de las experiencias personales de la persona sino del pasado lejano de la existencia humana.

El Inconsciente Personal incluye todas las experiencias reprimidas y olvidadas del individuo y es único para cada persona. Consiste en complejos, un grupo de imágenes relacionadas centradas alrededor de ideas con tonos emocionales o núcleos arquetípicos (Jung, 1973). Por ejemplo, la palabra "Madre" puede agruparse en torno a un núcleo cargado de emoción que puede bloquear un flujo fluido de pensamiento. Los complejos también pueden derivarse en parte de la experiencia colectiva de la humanidad, de modo que un complejo materno puede provenir no solo de la relación personal de uno con la Madre, sino también de la experiencia colectiva de la humanidad.

Con respecto al Inconsciente Colectivo explica que:

Tiene sus raíces en el pasado ancestral de toda la especie. Dentro de sus contenidos yacen imágenes e ideas primordiales que han sido comunes a todos los miembros de la raza desde el comienzo de la vida y sus contenidos son heredados y transmitidos de una generación a otra. Estas imágenes primordiales, o "arquetipos", sirven como plantillas o modelos que dan forma a las interacciones de un individuo con el mundo exterior y con su inconsciente personal. Los arquetipos no tienen forma concreta. En cambio, ellos representan posibilidades de acción, predisposiciones para responder a eventos externos de maneras específicas y potencialidades de dar forma a la experiencia en ciertas direcciones (Elliot, 1998, p. 30).

Por otra parte, resulta importante mencionar que los **objetivos** que tiene que tener una intervención psicoterapéutica, así como las **fases o etapas y técnicas** dependerán del modelo de intervención específico que utilice cada profesional en psicología, ya que incluso en cada caso deberá abordar aspectos diferentes tanto en la víctima como en la persona victimaria. A continuación, algunos ejemplos que puede implementar en el desarrollo de la psicoterapia:

Víctima: Psicoterapia infantil, técnicas de relajación, técnicas basadas en el juego infantil, técnicas de habilidades sociales, técnicas para aumentar la autoestima,

Victimaria: Habilidades sociales, habilidades para tratar al niño o niña, control de ansiedad, métodos de crianza, tratamientos colaterales, alcoholismo, drogadicción.

La familia: Interacción familiar, programas de formación familiar y cultural, dinámica familiar, relaciones de pareja, interacciones entre padres e hijos.

El **rol de la persona terapeuta** es ayudar, guiar, acompañar a quien acude al servicio de salud (víctima o victimaria) de acuerdo a sus necesidades psicológicas, su rol no es juzgar

o criticar la situación basándose en sus propios prejuicios o convicciones. Son las autoridades judiciales las que se encargarán de determinar si los padres o encargados incurrieron en un delito como por ejemplo violencia infantil, la labor de la persona profesional en psicología es acompañar a la persona usuaria a mejorar el malestar emocional que presenta.

El **perfil del profesional** que atiende casos de TFIO implica una serie de conocimientos, habilidades, destrezas y competencias necesarias para poder llevar a cabo el proceso psicoterapéutico. Es fundamental conocer ampliamente las características del TFIO, los criterios diagnósticos, las comorbilidades entre otros. Por ejemplo, de acuerdo con el reciente Perfil del Psicólogo (a) Clínico General publicado en el Diario Oficial la Gaceta N.º20 , alcance N.º 20 del viernes 29 de enero del 2021 se espera que:

El o la profesional en Psicología Clínica General posee una formación integral basada en elementos teóricos, técnicos y prácticos que le acredita como una persona crítica, autocrítica, creativa, responsable, ética, con apertura al cambio, a los nuevos conocimientos, así como con sensibilidad y responsabilidad socioambiental, que actúa en su ejercicio profesional desde los lineamientos éticos y deontológicos establecidos por el Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica y de acuerdo con la normativa vinculante.

Este tipo de profesional se caracteriza por su discreción, confidencialidad, disposición al servicio, iniciativa, capacidad para enfrentar las situaciones adversas de forma resiliente.

Además, se caracteriza por contar con capacidad de abstracción, análisis y síntesis, capacidad para identificar, plantear y resolver problemas, capacidad para comunicarse de forma oral y escrita y con capacidad para la negociación. Capacidad

de responder, integralmente, a los intereses y necesidades de las personas en cada momento del curso de vida, así como de la sociedad, por su interrelación como un todo. (...)

Su ejercicio profesional ha de tener como eje transversal la defensa de los derechos humanos y la salvaguarda de la promoción de la salud integral, relacionada primordialmente con aspectos psicológicos. En sus labores se caracteriza por un ejercicio científico, dentro del marco de las teorías desarrolladas por la ciencia psicológica. (el subrayado no es del original).

En cuanto a los conocimientos, el perfil profesional menciona que las siguientes son las destrezas y actitudes mínimas que tiene que conocer y comprender:

- a) Las bases filosóficas de la Psicología.
- b) Las bases antropológicas y sociológicas de los procesos de pensamiento, emociones, afectos y acción de la conducta humana.
- c) La historia de la Psicología y su epistemología.
- d) Los principios ontológicos, epistemológicos y heurísticos de los principales paradigmas (teorías y sistemas) en Psicología.
- e) Las distintas aproximaciones filosóficas, epistemológicas y científicas acerca de qué es y cómo se construye el conocimiento científico.
- f) Las diferentes herramientas prácticas para la solución de problemas.
- g) Los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa y mixta.
- h) Las diferentes áreas de aplicación de la Psicología, así como los distintos métodos de evaluación, diagnóstico, tratamiento e intervención; procedimientos que se utilizan en las diversas áreas de la Psicología.
- i) Los problemas epistemológicos, lógicos, metodológicos y técnicos de los procesos psicológicos.

- j) Las principales teorías del desarrollo humano en lo biológico, psicológico, social y cultural; durante todo el curso de vida.
- k) Las diferentes teorías y concepciones de la personalidad.
- l) Las bases neurobiológicas y neurofarmacológicas, así como los fundamentos fisicoquímicos de la conducta humana.
- m) Los procesos psicológicos vinculados con: aprendizaje, memoria, emoción, lenguaje y atención, entre otros.
- n) Las áreas de aplicación, alcances y limitaciones de las distintas escuelas psicológicas.
- o) Las teorías, técnicas de intervención y procesos metodológicos desde los diferentes enfoques de la práctica de la Psicología Clínica.
- p) Los diversos enfoques del manejo sobre psicopatologías, elementos de tipo nosológico, cuadros clínicos y modalidades de afrontamiento.
- q) Los procesos biopsicosociales, que permiten observar, describir, interpretar y explicar el comportamiento humano.
- r) Los procedimientos para la aplicación, calificación, análisis e interpretación de resultados de instrumentos de evaluación psicológica.
- s) Las estrategias y técnicas para promover la salud mental, afectiva y la calidad de vida.
- t) Las diferentes herramientas para la elaboración de programas, planes, presupuestos, informes de gestión, estrategias y otras gestiones administrativas (Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica) (el subrayado no es del original).

Ahora bien, con relación a las destrezas y actitudes profesionales que se requieren, se menciona en el perfil que debe tener:

- a) Abstracción, análisis y síntesis de la información procedente de diversas fuentes documentales.

- b) Planificación y toma de decisiones.
- c) Aprendizaje continuo y autodirigido, en función de la construcción de un aprendizaje significativo.
- d) Comunicación oral y escrita. Así como comprensión de lenguajes técnicos.
- e) Capacidad para identificar, plantear y resolver problemas.
- f) Capacidad de intervención y abordaje en procesos de la Psicología Clínica.
- g) Capacidad para integrar diferentes corrientes psicológicas.
- h) Capacidad para diseñar, crear, aplicar, calificar, analizar e interpretar instrumentos de evaluación y diagnóstico psicológicos.
- i) Capacidad para la elaboración de informes técnicos psicológicos.
- j) Capacidad para diseñar y ejecutar planes de intervención.
- k) Capacidad para trabajar con personas en modalidad: individual, pareja, familiar, grupal, organizacional y comunitaria, desde el marco de los derechos humanos.
- l) Capacidad para insertarse en labores de intervención clínico-sanitaria en procesos de prevención universal, selectiva e indicada con diversos grupos, aplicando conocimientos, estrategias, técnicas y abordajes propios de la Psicología; lo anterior en el ámbito público y privado, en organizaciones no gubernamentales y en organismos internacionales.
- m) Capacidad para trabajar en equipos intra e interdisciplinarios y de forma autónoma, según sea el caso.
- n) Empatía, asertividad, escucha activa y respeto por los derechos humanos.
- o) Pensamiento crítico y razonamiento hipotético deductivo (Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica, 2019) (el subrayado no es del original).

Es importante mencionar que quien ejerce la Psicología debe tomar **medidas de autocuidado** cuando atienda casos de TFIO ya que:

El equipo de salud tratante es sometido también a los efectos nocivos de la manipulación del perpetrador. Este último, por lo general amenaza, hostiga y amedrenta a través de conductas querellantes y violentas. En ocasiones, acosan a los profesionales que asisten al paciente obligándolos a tomar medidas de protección personales, lo que les genera temor y sensaciones persecutorias (Lovaglio, Del Bagge, 2021, p. 12).

Estas medidas de autocuidado le ayudaran a reducir el riesgo de padecer desgaste por empatía o Síndrome de Desgaste Ocupacional conocido como Burnout. Aunado a lo anterior, Norcross y VandenBos (2018) como se citó en Díaz, González y Kaucher (2021) menciona que es importante “el cuidado del cuerpo, el mantenimiento de una amplia red de apoyo social, la práctica de pasatiempos relajantes, el manejo adecuado del ambiente laboral (ej. evitar la sobrecarga de casos) y asistir a terapia personal” (p. 5). Además, Díaz, González y Kaucher (2021) recomiendan también la “capacitación sobre manejo del estrés, habilidades comunicativas y gestión de conflictos. También se tendrá en cuenta trabajar en red siempre que sea posible o pedir apoyo. Se considera fundamental supervisar profesionalmente los casos de pacientes si es necesario. A su vez el armado de red de colegas posibilita el autocuidado”. (p. 4).

Por último, el **seguimiento o supervisión** es importante en el abordaje de los casos por TFIO esto con el fin de asegurar que la PME no ha vuelto a ser víctima de las acciones de sus padres o encargados, esto en el caso de que fuera devuelto a su hogar con sus padres o encargados. Asimismo, el seguimiento es para darle acompañamiento a la PME y ver su evolución, por ejemplo, para detectar si al largo plazo aún presenta problemas de salud mental o alteraciones importante. Además, también para analizar el riesgo de que la PME incurra en conductas de violencia aprendidas.

CAPÍTULO 6. Apreciaciones Finales

Conclusiones

El Trastorno Facticio Impuesto a Otro, antes conocido como síndrome de Munchausen por Poderes o By Proxy, según el CIE-11, se caracteriza por la acción de:

Fingir, falsificar o inducir signos y síntomas médicos, psicológicos o del comportamiento, o lesiones en otra persona, más comúnmente un niño dependiente, asociado con un engaño descubierto. Si un trastorno o enfermedad preexistente está presente en la otra persona, el individuo agrava intencionalmente los síntomas existentes o falsifica o induce síntomas adicionales. La persona busca tratamiento para la otra persona o, de lo contrario, se presenta como enferma, herida o discapacitada en función de los signos, síntomas o lesiones fingidos, falsificados o inducidos. El comportamiento engañoso no está motivado únicamente por recompensas o incentivos externos obvios (por ejemplo, obtener pagos por incapacidad o evitar el enjuiciamiento penal por abuso de menores o mayores).

En la dinámica del TFIO se ven involucradas dos personas, la persona que tiene el diagnóstico de TFG y la que sufre las acciones u omisiones derivadas de este. La primera generalmente es la madre pero ese lugar lo puede ocupar el padre (biológico o adoptivo) o una persona responsable o encargada legalmente del cuidado de la PME. La segunda es la víctima quien por lo general es una PME. El TFIO es una forma de abuso infantil y puede involucrar diferentes manifestaciones de la violencia como por ejemplo el abuso físico y el psicológico.

La entidad clínica se describió en 1977 como Síndrome de Munchausen by Proxy. Sin embargo, fue hasta el año 2013 donde por primera vez en un Manual Diagnóstico como el DSM-V aparece como Trastorno Facticio Impuesto a Otro, por lo cual la experiencia con el

tratamiento del mismo y visibilización de dicho fenómeno han sido escasas tanto a nivel de formación profesional, como de la literatura científica.

Uno de los principales problemas con el DSM-V es que uno de los criterios diagnósticos indica que el comportamiento engañoso es evidente. Sin embargo, en la realidad las personas victimarias son hábiles para engañar, por lo cual decir que es evidente solo hace que el personal de salud baje la vigilancia y deje la suspicacia en un segundo plano.

El TFIO tiene algunas características particulares con respecto a otros trastornos, en primer lugar, porque necesita la existencia de dos sujetos en una relación simbiótica, es decir al progenitor o encargado legal y a la persona menor de edad para que aparezca la entidad clínica, en segundo lugar, porque la relación de ambas partes y todo el trastorno en general es un acto de violencia cronificado, y por último por la artificialidad de los síntomas de la persona víctima, los cuales se esfuerza por crear o exagerar quien ejerce el acto de violencia.

En la actualidad no existe una etiología para el TFIO. Sin embargo, hay características predisponentes, por ejemplo, que la persona victimaria tenga pocas defensas para impulsos internos, inestabilidad familiar, aislamiento social y también que padezca de Trastorno de Personalidad Histriónica o Trastorno de Personalidad Borderline. Por eso es importante también que la persona psicoterapeuta analice y ahonde en la historia de vida de la persona victimaria así como en el vínculo maternofilial con el fin de encontrar elementos que permitan comprender las razones que posiblemente motivaron la aparición de un TFIO.

Con respecto a la situación actual de la violencia infantil en Costa Rica, se concluyó que existen cifras alarmantes de agresiones y hasta homicidios en contra de menores de 13 años que son cometidos por sus propios familiares y resultan de una agresión infantil, lesiones y muerte que pueden ser prevenidas, abundan los casos de negligencia en menores de 7 años pero también se registran casos de abuso sexual, emocional y físico y prenatal.

En el caso de la situación actual del TFIO en Costa Rica se llegó a la conclusión de que es complejo determinar a ciencia cierta la realidad en cuanto a los casos que se atienden. Esto debido principalmente al desconocimiento, el reconocimiento y el diagnóstico de este. Además, es importante señalar que la historia del TFIO llevó un largo proceso para ser reconocido de manera nosotóxica, ya que este apareció codificado como tal hasta en el 2013 con el (DSM-V) (301.51) como Trastorno Facticio Impuesto a Otro y, en el 2019 en el CIE-11 (6D51). Esta reciente incorporación y el hecho de que la CCSS utiliza el CIE-10 para realizar los registros el cual no distingue entre el Trastorno Facticio aplicado a uno mismo u otro es lo que dificulta realizar un análisis a profundidad, ya que se carece de control y de estadísticas.

Además, otras instituciones del gobierno (PANI, OIJ, MEP, MP, FANNA) que se relacionan con la población infantil tampoco cuentan con registros de este. Por esta razón, se llega a la conclusión de que en nuestro país se necesita hacer un control o registro del TFIO con la finalidad de comprender su incidencia y abordaje. Pero, antes de lograr esto se debe hacer una sensibilización a la población en general ya que también se descubrió que hay desconocimiento sobre el tema.

En el sondeo realizado en esta investigación en el abril-mayo del 2021 donde participaron 119 personas el 78, 7 de estudiantes no saben qué es y cómo diagnosticar el TFIO, en el caso de profesionales el resultado es de 72, 7%. Es indispensable que las personas profesionales relacionadas con PME conozcan el TFIO y sepan cómo actuar ante las sospechas de que una PME está siendo víctima de este, por ejemplo profesionales en el área de medicina, enfermería, pediatría, derecho, trabajo social, educación, orientación, entre otras disciplinas.

Si bien es cierto que en Costa Rica existen diversos planes, políticas e instituciones que protegen y velan por los derechos de las PME como el Consejo Nacional de la Niñez y la

Adolescencia, El Sistema Nacional de Protección Integral de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia, el Patronato Nacional de la Infancia, Los Comités de Estudio Integral de Niño, Niña y Adolescente Agredido, la Fundación PANIAMOR y la Fundación SER y CRECER, entre otros, estos no son suficientes, existe una amplia variedad de documentos, normativas y entidades, pero en la práctica los objetivos no se están cumpliendo a cabalidad ya que la cantidad de casos por violencia infantil sigue en aumento año con año, tal y como se analizó en la situación actual de la violencia infantil en Costa Rica. La tarea entonces se trata de llevar a la acción estos planes y políticas para realmente cumplir con sus objetivos. Existe variedad de recursos, pero no todos llegan a la población más necesitada en ocasiones por falta de difusión de la información de forma práctica y entendible para la sociedad en general.

En relación al abordaje institucional que se le da al TFIO se concluye que las instituciones como la CCSS, MEP, PANI, IMAS, MP, OIJ, FANNA cuentan con protocolos o manuales relacionados con situaciones de violencia infantil en general pero no específicos para casos donde se sospecha que hay abuso físico o psicológico derivado de un TFIO, por lo que resulta importante fortalecer estos recursos para brindar una atención más informada y consciente.

En cuanto a los tratamientos para abordar el TFIO hay que remarcar el hecho de que la intervención debe ser global y multidisciplinaria, abarcando varios elementos. Siempre lo primero es atender la salud de la PME y tratar sus enfermedades o lesiones que surgen por el abuso sufrido. Además, se debe brindar una intervención psicológica, social y jurídica. Después de una profunda investigación se descubrió que hay poca literatura sobre el abordaje psicoterapéutico y que se deben abrir nuevas líneas de investigación basadas en la evidencia para fortalecer la terapia que se va a brindar. Entre lo más completo que se encontró, se recomienda utilizar el modelo ACCEPTS propuesto por Sanders y Bursch

(2020) que cuenta con cinco fases y se contempla el acompañamiento para la víctima, la persona victimaria, la pareja, la familia o amigos. Es importante mencionar que la terapia no es para juzgar o culpabilizar sino guiar a la persona para que comprenda, reconozca y asimile la causas que le motivaron a desarrollar un TFIO y pueda elaborar y resignificar su experiencia y mejorar su malestar emocional.

Finalmente, la persona profesional en Psicología debe realizar un abordaje integral y tomar de las diferentes escuelas de la Psicología los conceptos, teorías, técnicas o herramientas que le sean más útiles para el proceso. En la intervención deberá analizar las secuelas del abuso en la víctima y a partir de ahí trabajar con aquellos aspectos que la persona necesita elaborar. Algunas de las terapias que puede aplicar son la Terapia narrativa, Terapia Cognitiva Conductual (TCC), Terapia Dialéctica, Técnicas de Terapia Conductual (DBT), enfoque de prevención de recaídas, terapia basada en la mentalización (MBT), la terapia interactiva entre padres e hijos (PCIT), terapia de pareja, terapia de juego, terapia centrada en el trauma, terapia integrada con los padres, terapia para promover un vínculo saludable, terapias de juego familiar estructurado como PCIT, confrontación directa, confrontación indirecta.

Los objetivos, las fases y las técnicas que la persona terapeuta aplique dependerán de cada caso concreto pero siempre estarán dirigidas a ayudar a mejorar la salud mental de las personas usuarias. El perfil de la persona profesional en psicología incluye principalmente un amplio conocimiento sobre el tema, los criterios diagnósticos, la comorbilidad, entre otros. Además, no puede olvidar tomar medidas de autocuidado para reducir el riesgo de padecer de desgaste por empatía o Síndrome de Desgaste Ocupacional. El seguimiento también es fundamental después del proceso terapéutico para monitorear el progreso de la vida de la víctima y la persona victimaria con el fin de detectar situaciones de alarma o repetición de conductas violentas aprendidas.

Aprendizajes Personales

Brandon Chavarría Chaves

A nivel personal los temas de la niñez me convocan, ya que este grupo etario representan al sector más frágil y vulnerable de la sociedad. La niñez sin duda es un periodo trascendental en la vida de una persona, que influye en gran manera en la vida adulta, por esta razón como profesionales de salud mental se debe ser propicios en buscar todas las maneras de acabar con la violencia infantil, para asegurarles el mayor grado de bienestar infantil y un desarrollo integral.

Al principio del seminario tenía todavía una visión del TFIO muy arraigada desde lo psicopatológico. No obstante, conforme avancé en la investigación de las temáticas pude comprender que más que un trastorno que está en el DSM-V y el CIE-11 lo que existe es una situación de violencia contra los niños, niñas y adolescentes, que lamentablemente no ha recibido en la literatura de Psicología y/o Medicina la atención que merece, lo cual aunado a la capacidad de engaño del perpetrador/a propicia que el TFIO ocurra subrepticamente.

En dicho sentido, la compilación y ordenamiento por categorías de los signos de alerta fue un proceso que disfruté en gran manera, ya que nos ubica justamente allí en la etapa de detección temprana de ese ciclo de violencia y no solamente en la etapa en lo meramente sintomático desde el punto de vista clínico.

Finalmente, fue muy valioso y enriquecedor el espacio de foro que tuvimos abierto vía Zoom, ya que nos permitió interactuar con otros profesionales sobre el tema, de los cuales también recibimos retroalimentación valiosa.

Tatiana Huembes Tijerino

En el momento que se nos dio la oportunidad de desarrollar un tema libre y nos interesamos en la serie “El Acto”, jamás llegue a imaginar que nuestra inquietud sobre este tema avanzara hasta un Trabajo Final de Graduación, así que aprecio mucho que en la Universidad se nos den este tipo de motivación para investigar temas que están fuera de los programas de estudio.

Me impactó la historia de vida de Gypsy Rose Blanchard y el abuso físico y psicológico al que fue sometida por su madre Dee Dee Blanchard a quien Gypsy asesinó y aún cumple su condena, a pesar de ser víctima también se convirtió en victimaria y por eso la sentenciaron. Esto me hizo reflexionar sobre las dinámicas disfuncionales que terminan muy mal para ambas partes.

Entonces, surgió en nosotros la necesidad de indagar a profundidad para comprender el trasfondo de este trastorno, conocer su realidad en nuestro país y entender desde la Psicología que se puede brindar para mejorar el malestar emocional.

En el camino me di cuenta de que hay mucho por recorrer, que es un tema complejo y poco abordado, que nuestro país; por medio de sus instituciones, tiene mucho que reformular, ajustar y adicionar para reducir los niveles de violencia infantil.

De la misma forma, las personas profesionales en Psicología también tienen una gran tarea y es sistematizar y producir evidencia científica suficiente sobre las estrategias de intervención psicoterapéuticas que favorezcan la atención de las personas víctimas y victimarias en el TFIO.

Disfrute y aprendí mucho en la realización de esta investigación y espero poder sembrar una semilla en otras personas estudiantes para que abran otras líneas de investigación.

Davis Junior Ruiz Mena

En la realización de este trabajo aprendí que la violencia puede manifestarse de forma muy sutil y que en muchas ocasiones pasa desapercibido incluso delante de profesionales, pero el daño y el sufrimiento causado a las PME está ahí presente y perdurando y creciendo en el tiempo mientras no se detenga el abuso y se brinde la atención necesaria.

Me sorprendió la escasez de información y conocimiento en nuestro país acerca de este tema y la poca formación de profesionales para la atención de estos casos y creo, sin lugar a dudas, que tenemos que hacer algo al respecto desde la academia y el Gobierno de Costa Rica, ya que son niños y niñas los más perjudicados. Por eso, espero que los resultados de esta investigación lleguen a las personas profesionales indicadas para que tengan las herramientas necesarias para detectar a tiempo señales que indiquen un posible caso de TFIO y el abuso sea frenado lo más pronto posible.

Aprendí que en esta temática es muy importante la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad para abordar estas situaciones de violencia infantil. Cada profesión tiene algo que aportar y unidas pueden lograr una atención integral y completa para las personas usuarias.

CAPÍTULO 7: Alcances, Limitaciones y Recomendaciones

Alcances

Al culminar el seminario se pueden rescatar como alcances logrados con el desarrollo de este Trabajo Final de Graduación los siguientes:

El TFIO propiamente dicho (no como Síndrome de Munchausen by Proxy) ha sido recientemente consignado en los principales manuales diagnósticos (DSM-V y el CIE-11), por lo cual el abordaje del tema es bastante pionero y enriquecedor desde esa perspectiva. Sin embargo, también lo es cuando se le analiza desde el punto de la producción de investigaciones en Psicología al respecto, ya que esta ha sido muy escasa y casi ínfima, sobre todo cuando se le compara con la producción académica que se realiza en otros temas de la niñez como el Síndrome de Espectro Autista o Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

El abordaje del TFIO no se limita solamente a ofrecer una perspectiva desde lo psicopatológico, sino que ofrece elementos de análisis de la violencia que se da en el vínculo entre la persona encargada de la PME (victimario) y la PME (víctima), por lo cual este abordaje es integral a la hora de reflexionar sobre el TFIO y le da un panorama más amplio a la temática.

Durante el seminario se crearon espacios internos (de los estudiantes y el equipo asesor) de valiosa reflexión teórica sobre el TFIO, que lograron posteriormente cimentar las bases para construir espacios externos (con profesionales de Psicología y Educación principalmente) de exposición de la temática e intercambio de ideas, lo cual funcionó como un elemento diseminador del conocimiento generado. Además de esto, se crearon dos brochures sobre el diagnóstico y abordaje del TFIO para ser difundidos principalmente entre profesionales de salud y educación.

Limitaciones

Durante el seminario tuvo que replantearse la idea original de la realización de dos foros con profesionales expertos en el abordaje del TFIO, ya que no se lograron encontrar incluso mediando comunicación con autoridades de la CCSS (Hospital Nacional de Niños y Coordinación Nacional de Psicología). Sin embargo, no se trató realmente de un tema de apatía institucional, sino de difícil localización del personal de salud mental que hubiera tenido la experiencia con el TFIO, esto puede explicarse también con las estadísticas que reflejan que en Costa Rica se han logrado detectar muy pocos casos, por lo cual es razonable pensar que solo un sector ínfimo del personal de salud está familiarizado con el abordaje.

La literatura del TFIO no es abundante y una buena parte se encuentra en idioma inglés, por lo cual hubo que invertir mucho tiempo en traducir los textos, lo cual limitó un poco la capacidad de acceder profundamente a diversas perspectivas sobre la psicoterapia desde una visión más Latinoamericana. No obstante, el material encontrado permitió crear un marco de comprensión general de las etapas de abordaje, lo cual resulta enriquecedor.

Recomendaciones

A estudiantes de Psicología, informarse sobre el TFIO y abrir nuevas líneas de investigación que ayuden a consolidar la teoría que hasta el momento es muy escasa. Del mismo modo, que reflexionar durante la academia de temas relacionados con la niñez y el aporte que la Psicología puede dar para mejorar su bienestar y disfrute real de sus Derechos Humanos.

A la Escuela de Psicología, abrir espacios de discusión y formación sobre este tipo de abuso infantil para sensibilizar a la población estudiantil y sembrar el interés en este tema, por ejemplo, adicionándolo a los programas de estudio.

Al **Gobierno de la República de Costa Rica**, establecer medidas que control para comprobar que las normativas, protocolos e instituciones que velan por los derechos de las PME están realmente cumpliendo con sus objetivos.

Al **Ministerio de Educación Pública, Ministerio Público, Organismo de Investigación Judicial, Patronato Nacional de la Infancia, Caja Costarricense de Seguro Social, Hospital Nacional de Niños Carlos Saénz Herrera**, que capaciten a su personal para que tengan la capacidad de detectar situaciones de abuso por sospecha de TFIO y realizar las diligencias que sean necesarias para garantizar la protección de la PME. Además, actualizar sus manuales o protocolos de atención incluyendo la atención que le deben dar a las víctimas de este fenómeno. También, comenzar a tomar registros y estadísticas sobre los casos que atienden.

A la **CCSS**, capacitar al personal que atiende PME, contar con registros y para ello deberá actualizar la forma en la que estos se hacen, por ejemplo, utilizando la última versión del CIE. Además, deberá procurar en la atención médica de los pacientes menores de edad propiciar que sean ellos quienes describan sus síntomas conforme al estado de desarrollo de la persona menor de edad, en primer lugar por ser un tema de derechos humanos (principio de autonomía progresiva de la voluntad) y en segundo lugar porque permitiría observar y analizar discrepancias entre el discurso del adulto y el de la persona menor de edad.

Al **Comité de Estudio Integral del Niño, Niña y Adolescente Agredido y al Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia**, establecer medidas de prevención, detección, atención y seguimiento para los casos donde se

sospecha hay abuso por TFIO en perjuicio de PME.

A las **personas profesionales en Psicología**, si no tuvo formación en la academia sobre el TFIO actualizarse y capacitarse mediante la formación autodidacta. Conocer las lecturas que le dan los diferentes enfoques de la Psicología al TFIO así como las técnicas y herramientas, esto con el fin de tomar de cada enfoque lo que sea más útil para el proceso psicoterapéutico. No juzgar ni basarse en sus propios prejuicios.

A la **población en general**, que reporte o denuncie cualquier situación en la que considere que una PME está siendo víctima de abuso físico o psicológico por parte de su madre, padre o encargado.

Referencias

- Arnaíz, R. E. (2005). Sobre algunas disciplinas fundamentales para la Psicopatología General. *Norte de Salud Mental*, 24, 28–37.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)* (5a ed.). Editorial Panamericana.
- Barquero Castro, K. (2004). Factores Sociofamiliares Asociados al Abuso Contra Niños y Niñas en la Manifestación de Trastorno Facticios por Poder (Hospital Nacional de Niños, 2000-2002). Universidad de Costa Rica. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica]. <https://bit.ly/3ylx2iS>
- Barquero Castro, K. (2007). Abuso contra personas menores de edad en la manifestación de trastornos facticios por poder. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, 19, 1–23.
- Bass, C., & Glaser, D. (2014). Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *The Lancet*, 383(9926), 1412–1421. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62183-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62183-2)
- Binet, E. (1999). Françoise Dolto (1908-1988). *Revista trimestral de educación comparada*, 29(3), 495–505. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.03.007>
- Bursch, B., Emerson, N. D., & Sanders, M. J. (2021). Evaluation and Management of Factitious Disorder Imposed on Another. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(1), 67-77. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09668-6>
- Cedenilla Vecina, M., & Jiménez-Perianes, A. (2020). Aproximación teórica al síndrome de Munchausen por poderes. *Behavior & Law Journal*, 6(1), 1–11. <https://doi.org/10.47442/blj.v6.i1.77>

Delval, J. (1988). Sobre la historia del estudio del niño. *Infancia y Aprendizaje*, 44, 59–108.

<https://doi.org/10.1080/02103702.1988.10822219>

Díaz, María Soledad, González, Mariana Luján y Kaucher, María Belén (2021). La importancia del autocuidado en psicoterapeutas desde una perspectiva conductual contextual en tiempos de pandemia: desgaste por empatía y burn out. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Elliott, K. (1998). A theoretical model of the developmental aspects of factitious disorder by proxy: an integrated treatment approach. ProQuest Dissertations Publishing.

Enesco, I. (2008). El concepto de infancia a lo largo de la historia. En *El concepto de la infancia en la infancia* (Vol. 1, pp. 52–53). Repositorio Institucional Universidad Nacional Abierta y a Distancia de Colombia. <https://bit.ly/3T2KEeb>

Farraes, Y., & Mejía, D. (2011). Competencias del Profesional de Enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterio diagnóstico de Munchausen por poder en el servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011. Universidad Central de Venezuela.

García Soto, X. R. (2010). Fray Martín Sarmiento (1695-1772) en la Historia de la Psicología Infantil. *Psychologia Latina*, 1, 1–8.

Geographic), (National. (2020). Historia: National Geographic. La Infancia en el Antiguo Egipto. <https://bit.ly/3Jn7JVF>

- Gomes Gonçalves, T., Germano Motta, M. E., Kegler, P., & Kother Macedo, M. M. (2014). Síndrome de Munchausen by proxy: definición, contextualización y factores psíquicos involucrados. *Revista de Psicología*, 32(1), 139–156.
<https://doi.org/10.18800/psico.201401.006>
- Hernández, R., Fernández, C y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6a. Ed). México, DF: McGraw-Hill
<http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>.
- Jiménez Hernández, J. L. (2004). Síndrome de Munchausen por poderes. Un tipo sutil de niños maltratados [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid].
<https://eprints.ucm.es/54630/1/5331023885.pdf>
- Jiménez Hernández, J. L. (2004). Síndrome de Munchausen por poderes. Un tipo sutil de niños maltratados [Universidad Complutense de Madrid].
<https://eprints.ucm.es/54630/1/5331023885.pdf>
- Jiménez Hernández, J. L., López Rico, M., Crespo Hervás, M. D., Muñoz Villa, A., & López-Ibor Aliño, J. (2016). El Síndrome de Munchausen por poderes: Un tipo especial de abuso infantil. *Revista Española de Pediatría*, 72(1), 33–45.
- Kozłowska, K., Foley, S., & Savage, B. (2012). Fabricated Illness: Working within the Family System to Find a Pathway to Health. *Family Process*, 51(4), 570–587.
<https://doi.org/10.1111/famp.12000>
- Laing, R. (1982). *El cuestionamiento de la familia*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Linares, J. (2006), *Las formas de abuso*. México: Editorial Paidós Mexicana, S.A.

- López, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltrada El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057>
- Lovaglio, G. S., & Del Bagge, P. L. (2021). Síndrome de Münchausen por poderes. Alto riesgo para la vida de niños, niñas y adolescentes. *Revista de Psicología*, 1-16. <https://doi.org/10.24215/2422572xe082>
- Lovaglio, G. S., & Del Bagge, P. L. (2021). Síndrome de Münchausen por poderes. Alto riesgo para la vida de niños, niñas y adolescentes. Tercera época: revista de Psicología, 1–16. <https://doi.org/10.24215/2422572xe082>
- Morales-Franco, B., & Morena-Fernández, M. L. (2005). El síndrome de Munchausen infantil. Etiología, criterios diagnósticos y tratamiento. *Gaceta Médica Mexicana*, 131(3), 323–328.
- Organización Mundial de la Salud (2022). CIE-11. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/775605963>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2015). Cómo desarrollar foros virtuales de discusión de manera efectiva. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=metodologias-8847&alias=35657-como-desarrollar-foros-virtuales-discusion-manera-efectiva-657&Itemid=270&lang=en
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11, Undécima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades.

Descripciones Clínicas y Pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (2019). Organización Panamericana de la Salud. Vigencia de la CIE -11. <https://bit.ly/3Zokipr>

Pena, E. (2021). Apego desorganizado y disociación en el trauma complejo. [Tesis de Grado, Universidad Abat Oliba CEU]. <http://hdl.handle.net/2072/522680>

Pérez, L., Parra, E. y Espinosa, I. (2014). Introducción a la Psicoterapia. ECORFAN. México. https://www.ecorfan.org/manuales/manuales_nayarit/Introducci%C3%B3n%20a%20la%20Psicolog%C3%ADa%20V6.pdf

Ramírez, R. Pedagogía Crítica. (2008). Una manera ética de generar procesos educativos, Folios (28), pp. 108-119. <http://www.scielo.org.co/pdf/folios/n28/n28a09.pdf>

Rodríguez Cely, L. A., Gómez Rátiva, M., & Mesa Bayona, A. del P. (2003). Estado del arte sobre el síndrome de Munchausen por poderes. Universitas Psychologica, 2(2), 187–198.

Salmerón Castro, A. M., Trujillo Reyes, B. F., Rodríguez Ousset, A. del H., & De la Torre Gamboa, M. (s/f). Diccionario Iberoamericano de Filosofía de la Educación. Infancia. Recuperado el 8 de marzo de 2023, de <https://bit.ly/3JkCzNN>

Sanders, M. J., y Bursch, B. (2020). Psychological Treatment of Factitious Disorder Imposed on Another/Munchausen by Proxy Abuse. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 27(1), 139. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09630-6>

Torres, A. (2016). Psicología y Mente. Las diferencias entre síndrome, trastorno y enfermedad. <https://bit.ly/2Aa2DZr>

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia) y PANI (Patronato Nacional de la Infancia). (2017). Una revisión sistemática de los determinantes de la violencia que afectan a niños, niñas y adolescentes: Costa Rica., UNICEF, Costa Rica. https://www.unicef.org/Innocenti-ViolenciaCR4-final_13012017.pdf

Apéndices

Apéndice A. Guía de sondeo preliminar

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

SEDE GUANACASTE



El objetivo del presente formulario es recopilar información acerca del conocimiento que poseen las personas profesionales y estudiantes de Psicología, acerca del Trastorno Facticio Impuesto a Otro (antes conocido como el Síndrome de Munchausen by proxy) con la finalidad de tener una retroalimentación para el planteamiento y justificación de un problema de investigación de un Trabajo Final de Graduación en modalidad Seminario de Graduación.

1. ¿Es usted estudiante o profesional en ejercicio? Estudiante/ profesional
2. ¿En cuál país reside actualmente?
3. ¿Sabe qué es y cómo identificar el Trastorno Facticio Impuesto a Otro (antes conocido como el Síndrome de Munchausen by proxy)?

4. ¿En qué nivel de la formación universitaria se encuentra actualmente? Primer año/segundo año/tercer año/cuarto año/quinto año/sexta año/ séptimo año o más.
5. ¿Cuántos años de experiencia profesional tiene?
6. ¿Sabe qué es y cómo identificar el Trastorno Facticio Impuesto a Otro (antes conocido como el Síndrome de Munchausen by proxy)?
7. ¿Cómo conoció del Trastorno Facticio Impuesto a Otro? En el marco de la formación universitaria/ de manera autodidacta (lectura de artículos científicos, libros, asistencia a seminarios) por gusto personal en el marco de un psicodiagnóstico.
8. ¿Ha diagnosticado alguna vez el Trastorno Facticio Impuesto a Otro (antes conocido con el Síndrome de Munchausen)?
9. ¿Ha realizado alguna psicoterapia para el abordaje del Trastorno Facticio Impuesto a Otro (antes conocido con el Síndrome de Munchausen)
10. ¿Cuál enfoque o enfoques utilizó en la psicoterapia? (puede seleccionar más de uno) Cognitivo- Conductual/ Humanista/ Sistémico/ Psicoanalítico y/o Psicodinámico, integrativo.
11. ¿Le interesaría participar como entrevistado(a) en un Seminario de Graduación de la Universidad de Costa Rica?

Apéndice B. Guía de entrevista semiestructurada

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

SEDE GUANACASTE



Esta entrevista semiestructurada se realiza como parte del Seminario de Graduación “TRASTORNO FACTICIO IMPUESTO A OTRO (SÍNDROME DE MUNCHAUSEN): SITUACIÓN ACTUAL A PARTIR DE UNA REVISIÓN CRÍTICA DESDE LA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA DE SU HISTORIA, NOSOLOGÍA E INTERVENCIONES” el cual es propuesto por las personas estudiantes Brandon Albán Chavarría Chaves, Tatiana del Carmen Huembes Tijerino y Davis Junior Ruiz Mena de la carrera de Psicología de la Universidad de Costa Rica, Sede de Guanacaste, para optar por el grado de Licenciatura en Psicología.

Esta entrevista tiene como finalidad conocer la percepción, experiencia, vivencia y opinión de las personas entrevistadas en la atención y abordaje de casos de Trastorno Facticio Impuesto a Otro.

Esta es una guía, en el desarrollo de la entrevista se pueden plantear más preguntas, solicitar adiciones o aclaraciones a las respuestas que brindan las personas participantes.

1. Contextualización de la institución y de la persona entrevistada.
2. ¿Conoció el Trastorno Facticio Impuesto a Otro en sus años de universidad o en el ejercicio de su profesión?
3. ¿Cómo ha sido su experiencia/vivencia en la atención de casos por Trastorno Facticio Impuesto a Otro?
4. ¿Ha tenido la oportunidad de atender tanto a personas víctimas como a victimarias, cómo ha sido esa experiencia?
5. ¿Cuáles son los objetivos de las intervenciones psicológicas para las personas víctimas y victimarias del Trastorno Facticio Impuesto a Otro?
6. ¿Cuáles son las fases o etapas de las intervenciones psicológicas para las personas

víctimas y victimarias del Trastorno Facticio Impuesto a Otro?

7. ¿Cuáles son las principales técnicas que se aplican en las intervenciones psicológicas para las personas víctimas y victimarias del Trastorno Facticio impuesto otro?
8. ¿Cuál es el rol de la persona terapeuta que aborda situaciones de Trastorno Facticio Impuesto a Otro?
9. ¿Cuál es el perfil profesional (conocimientos, habilidades, destrezas y competencias) que debe tener una persona terapeuta que atiende situaciones de Trastorno Facticio Impuesto a Otro?
10. ¿Cuáles son los retos a los que se ha enfrentado en la atención de situaciones de Trastorno Facticio Impuesto a Otro?
11. ¿Cuáles son las medidas de autocuidado que debe tomar la persona profesional en psicología que se dedique a trabajar en situaciones de Trastorno Facticio Impuesto a Otro?
12. ¿Cuál es el seguimiento que se le debe dar a las personas víctimas y victimarias del Trastorno Facticio Impuesto a Otro después de recibir el tratamiento psicoterapéutico?
13. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de las intervenciones psicológicas que usted aplica para las personas víctimas y victimarias del Trastorno Facticio Impuesto a Otro?

Apéndice C. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

SEDE GUANACASTE



Consentimiento informado

Nombre de las personas investigadoras: _____

Nombre _____ del/la
participante: _____

Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono: _____

Correo _____ electrónico:

Contacto a través de otra persona: _____

A. PROPÓSITO DEL SEMINARIO DE GRADUACIÓN

El Seminario de Graduación involucrará una parte investigativa. Las personas profesionales responsables de este Trabajo Final de Graduación son MSc. Marco Antonio Vidaurre Arredondo, director, MSc. Mario Alberto Sáenz Rojas, lector y la Licda. Sonia

Esmeralda Alvarado Martínez, lectora, las personas estudiantes responsables son Brandon Albán Chavarría Chaves, Tatiana del Carmen Huembes Tijerino y Davis Junior Ruiz Mena, de la Carrera de Bachillerato y Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica, Sede de Guanacaste. El objetivo de este Seminario es revisar desde una perspectiva crítica la historia, la nosología y la situación actual en Costa Rica del Trastorno Facticio Impuesto a Otro. Asimismo, analizar de forma integral las intervenciones psicológicas implementadas tanto para el abordaje de la persona víctima como de la persona victimaria del Trastorno Facticio Impuesto a Otro con la finalidad de comparar sus fortalezas y debilidades.

Las características de las personas que van a participar son personas profesionales en el área de Psicología con el grado mínimo de Licenciatura, encontrarse incorporado o incorporada al Colegio de Profesionales en Psicología que corresponde. Esto depende del país al que pertenece la persona, en el caso de participantes costarricenses será el Colegio de Personas Profesionales en Psicología de Costa Rica y tener conocimientos /experiencia en el abordaje de situaciones de Trastorno Facticio Impuesto a Otro.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?

La persona participante contestará las preguntas que se le planteen de acuerdo a su percepción, conocimiento y experiencia en el manejo y atención de casos de Trastorno Facticio Impuesto a Otro. La persona se compromete a responder con sinceridad y claridad. Debido a la situación de emergencia nacional por la pandemia COVID-19, las entrevistas se harán 100% en modalidad virtual mediante la plataforma Zoom, con una duración estimada de una hora, con posibilidad de extenderse si así lo amerita el encuentro previo autorización de la persona participante. El instrumento que se va a utilizar es una entrevista semiestructurada, si la persona participante lo autoriza la reunión quedará grabada en audio y video para su posterior sistematización, si la persona lo desea se le puede entregar una

copia de su participación. La memoria con los resultados del Seminario de Graduación se le hará llegar a las personas participantes mediante correo electrónico o número de teléfono.

C. RIESGOS

Su participación en esta entrevista no supone un riesgo para su salud. Eventualmente el tema podría tocar su sensibilidad y le podría generar alguna sensación de incomodidad, molestia o ansiedad al referirse a casos relacionados con el abuso de personas menores de edad. Se tomarán las precauciones necesarias y tendrá la oportunidad de informar si siente alguna molestia. Ante una eventual molestia y para evitar eventos adversos o daños se le dará el espacio para que se estabilice y se suspenderá la entrevista si así lo desea.

D. BENEFICIOS

Su participación en esta entrevista no supone un beneficio directo, pero si un beneficio indirecto. La información que usted aporte fundamentará un estudio que traerá benéficos para otras poblaciones y a la sociedad en general sobre el Trastorno Facticio Impuesto a Otro. Usted tendrá a su alcance los resultados de este estudio.

E. VOLUNTARIEDAD

La participación en esta entrevista es voluntaria y puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin perder los beneficios a los cuales tiene derecho, ni a ser castigada de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

F. CONFIDENCIALIDAD

Las personas investigadoras garantizamos el estricto manejo y confidencialidad de la información, solo el equipo de trabajo tendrá acceso a la información brindada por las personas participantes, en las sesiones de trabajo con el equipo asesor y en la Memoria del Seminario se protegerá la identidad de las personas participantes. En cualquier uso futuro de los resultados de la investigación se mantendrá el anonimato de las y los participantes.

*Se recuerda que la confidencialidad de la información está limitada por lo dispuesto en la legislación costarricense. Por ejemplo, cuando la ley obliga a informar sobre ciertas enfermedades o sobre cualquier indicio de maltrato o abandono infantil. Estas limitaciones y otras deben preverse y ser señaladas a los presuntos participantes.

G. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización debe hablar con él o la profesional responsable de la investigación o sus colaboradores sobre este estudio y ellos o ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a algún miembro del equipo de trabajo Brandon Albán Chavarría Chaves (86351119), brandon.chavarriachaves@ucr.ac.cr , Tatiana del Carmen Huembes Tijerino (85821435), tatiana.huembes@ucr.ac.cr , Davis Junior Ruiz Mena (63958918) davis.ruiz@ucr.ac.cr , en el horario (lunes a viernes de 8:00 a.m. a 04:00 p.m.) o al docente que dirige el Trabajo Final de Graduación MSc. Marco Antonio Vidaurre Arredondo, 83727646 o a la Unidad Académica de la Carrera de Psicología de la Universidad de Costa Rica, Sede de Guanacaste, 25119447, carrerapsicologia@ucr.ac.cr

H. **DERECHOS** NO perderá ningún derecho por firmar este documento y recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

Consentimiento

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el Trabajo Final de Graduación, las condiciones de mi participación y accedo a participar.

Nombre, cédula y firma o huella de la persona entrevistada

Nombre, cédula y firma de testigo

Firma del estudiante a cargo

Firma del responsable del seminario

Apéndice D. Reporte de la Fiscalía Adjunta de Hechos Contra la Violencia en Perjuicio de Niñas, Niños y Adolescentes



Sus derechos, nuestro compromiso

COSTA RICA
 PODER JUDICIAL - MINISTERIO PÚBLICO
 FISCALIA ADJUNTA DE HECHOS CONTRA LA VIOLENCIA EN PERJUICIO,
 DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
 I Circuito Judicial de San José, Edificio Tribunales de Justicia, Segundo Piso



39-FANNA-MP-2022

San José, 22 de septiembre 2022

Señor
Davis Junior Ruiz Mena
Bachiller en Psicología de Universidad de Costa Rica

Estimado señor:

En respuesta a las consultas e información solicitada mediante correo del 9 de setiembre anterior, relacionadas con la realización de su Trabajo Final de Graduación en modalidad de Seminario, nos permitimos indicar:

1.- Datos estadísticos de la violencia infantil en Costa Rica.

En relación con los casos penales que ingresan a las fiscalías del Ministerio Público, donde la persona ofendida es menor de edad, circunscribiéndonos a los tipos penales que de alguna manera podrían relacionarse con violencia infantil, sin que dicha información sea exacta, por cuanto las cantidades que se establecen surgen a partir del título de los tipos penales con los cuales fueron ingresadas las causas al sistema y no de la revisión del contenido de los expedientes, le informamos al respecto mediante los siguientes cuadros y gráficos del año 2021:

Teléfonos: 2295-3458
 Correo electrónico: fanna_icj_sj@poder-judicial.go.cr



Sus derechos, nuestro compromiso

COSTA RICA
PODER JUDICIAL - MINISTERIO PÚBLICO
FISCALIA ADJUNTA DE HECHOS CONTRA LA VIOLENCIA EN PERJUICIO,
DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
I Circuito Judicial de San José, Edificio Tribunales de Justicia, Segundo Piso

Cantidad de casos Ingresados a las Fiscalías del Ministerio Público En: Delitos donde la Ofendida es Persona Menor de Edad Por: Principales tipos de delitos relacionados con Maltrato Infantil Periodo: Enero - Diciembre de 2021		
Delito	Cantidad	Porcentaje
Abusos sexuales personas menores de edad e incapaz	3403	31.61
Relaciones Sexuales Personas Menores de Edad (Inc 1, art. 159)	1163	10.80
Incumplimiento o Abuso Patría Potestad	934	8.68
Violación	813	7.55
Relaciones Sexuales Personas Menores de Edad (Inc 2, art. 159)	426	3.96
Agresión con Armas	418	3.86
Robo Agravado	338	3.14
Lesiones Culposas (Ley de Tránsito)	276	2.56
Relaciones Sexuales Personas Menores de Edad (Inc 3, art. 159)	237	2.20
Lesiones Levisimas	222	2.06
Amenazas Agravadas	216	2.01
Amenazas personales	184	1.71
Seducción o encuentros con menores por medios electrónicos	184	1.71
Difusión de Pornografía	164	1.52
Estafa	161	1.50
Maltrato	160	1.49
Lesiones Leves	94	0.87
Robo Simple	94	0.87
Lesiones Culposas	90	0.84
Comupción	86	0.80
Desobediencia	79	0.73
Incumplimiento una medida protección	71	0.66
Abuso de Autoridad	70	0.65
Homicidio Tentativa de	53	0.49
Ofensas a la Dignidad	47	0.44
Tentativa de Abuso Sexual contra Menor o Incapaz	44	0.41
Sustracción de Persona Menor o con discapacidad	43	0.40
Delitos	42	0.39
Acoso sexual	35	0.33
Actos sexuales remunerados con persona menor de edad	35	0.33
Seducción o Encuentros con Personas Menores de Edad	34	0.32
Comupción Agravada	33	0.31
Amenazas contra una Mujer	32	0.30
Privación de Libertad sin Ánimo de Lucro	28	0.26
Agresión Física	27	0.25
Sustracción Simple de Persona Menor o Incapaz	22	0.20
Provocación en niña	21	0.20
Abandono de Incapaces	19	0.18
Exhibicionismo	18	0.17
Estafa informática	17	0.16
Extorsión Simple	16	0.15
Homicidio Simple	14	0.13
Relaciones Sexuales Personas Menores de Edad	14	0.13
Agresión Psicológica	13	0.12
Fabricación o producción de pornografía	13	0.12
Incumplimiento del Deber Alimentario	13	0.12
Homicidio Culposo	12	0.11
Homicidio Culposo (Ley de Tránsito)	12	0.11
Exhibicionismo o masturbación en espacios públicos, de acceso público o en un medio de transporte remunerado de personas	11	0.10
Lesiones Culposas (mal praxis)	11	0.10
Coacción	10	0.09
Incumplimiento de Deberes	10	0.09
Lesiones en Niña	10	0.09
Persecución o acorralamiento	10	0.09
Suministro de Drogas, Sustancias o Productos sin Autorización Legal	10	0.09
Incumplimiento de Deberes de Asistencia	9	0.08
Homicidio Calificado	8	0.07
Homicidio Culposo (Mala Praxis)	8	0.07
Lesiones Graves	8	0.07
Tenencia de material pornográfico	8	0.07
Agresión Calificada	7	0.07
Producción de material audiovisual	7	0.07
Sustracción Agravada de Persona Menor o Incapaz	7	0.07
V.D. Desobediencia	7	0.07
Ley Contra el Acoso Sexual Callejero	6	0.06
Sustracción de persona menor de edad o incapaz y cuidado ilegal de menores sujetos a adopción	6	0.06
Accionamiento de Arma (Artículo 250 Bis)	5	0.05
Tentativa de Femicidio	5	0.05
Otros delitos	63	0.59
Total	10766	100.00

Fuente: Elaboración propia sistematizando información con base en reporte generado por Dirección de Tecnologías de Información del sistema SIGMA.
 Nota: en otros delitos se incluye aquellos que suman 4 o menos cantidad de casos.

Teléfonos: 2295-3458
 Correo electrónico: fanna_icj_sj@poder-judicial.go.cr



Sus derechos, nuestro compromiso

COSTA RICA
PODER JUDICIAL - MINISTERIO PÚBLICO
FISCALIA ADJUNTA DE HECHOS CONTRA LA VIOLENCIA EN PERJUICIO,
DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
I Circuito Judicial de San José, Edificio Tribunales de Justicia, Segundo Piso

Cantidad de casos ingresados a las Fiscalías del Ministerio Público		
En: Delitos donde la Ofendida es Persona Menor de Edad		
Por: Principales tipos de delitos relacionados con Maltrato Infantil		
Periodo: Enero - Diciembre de 2021		
Delito	Cantidad	Porcentaje
Abusos sexuales personas menores de edad e incapaz	3403	31.61
Relaciones Sexuales Personas Menores de Edad (Inc 1, art. 159)	1163	10.80
Incumplimiento o Abuso Patria Potestad	934	8.68
Violación	813	7.55
Relaciones Sexuales Personas Menores de Edad (Inc 2, art. 159)	426	3.96
Agresión con Armas	418	3.88
Robo Agravado	338	3.14
Lesiones Culposas (Ley de Tránsito)	276	2.56
Relaciones Sexuales Personas Menores de Edad (Inc 3, art. 159)	237	2.20
Lesiones Levisimas	222	2.06
Amenazas Agravadas	216	2.01
Amenazas personales	184	1.71
Seducción o encuentros con menores por medios electrónicos	184	1.71
Difusión de Pornografía	164	1.52
Estafa	161	1.50
Maltrato	160	1.49
Lesiones Leves	94	0.87
Robo Simple	94	0.87
Lesiones Culposas	90	0.84
Corrupción	86	0.80
Desobediencia	79	0.73
Incumplimiento una medida protección	71	0.66
Abuso de Autoridad	70	0.65
Homicidio Tentativa de	53	0.49
Ofensas a la Dignidad	47	0.44
Tentativa de Abuso Sexual contra Menor o Incapaz	44	0.41
Sustracción de Persona Menor o con discapacidad	43	0.40
Daños	42	0.39
Acoso sexual	35	0.33
Actos sexuales remunerados con persona menor de edad	35	0.33
Seducción o Encuentros con Personas Menores de Edad	34	0.32
Corrupción Agravada	33	0.31
Amenazas contra una Mujer	32	0.30
Privación de Libertad sin Ánimo de Lucro	28	0.26
Agresión Física	27	0.25
Sustracción Simple de Persona Menor o Incapaz	22	0.20
Provocación en riña	21	0.20
Abandono de Incapaces	19	0.18
Exhibicionismo	18	0.17
Estafa informática	17	0.16
Extorsión Simple	16	0.15
Homicidio Simple	14	0.13
Relaciones Sexuales Personas Menores de Edad	14	0.13
Agresión Psicológica	13	0.12
Fabricación o producción de pornografía	13	0.12
Incumplimiento del Deber Alimentario	13	0.12
Homicidio Culposo	12	0.11
Homicidio Culposo (Ley de Tránsito)	12	0.11
Exhibicionismo o masturbación en espacios públicos, de acceso público o en un medio de transporte remunerado de personas	11	0.10
Lesiones Culposas (mal praxis)	11	0.10
Cosación	10	0.09
Incumplimiento de Deberes	10	0.09
Lesiones en Riña	10	0.09
Persecución o acorralamiento	10	0.09
Suministro de Drogas, Sustancias o Productos sin Autorización Legal	10	0.09
Incumplimiento de Deberes de Asistencia	9	0.08
Homicidio Calificado	8	0.07
Homicidio Culposo (Mala Praxis)	8	0.07
Lesiones Graves	8	0.07
Tenencia de material pornográfico	8	0.07
Agresión Calificada	7	0.07
Producción de material audiovisual	7	0.07
Sustracción Agravada de Persona Menor o Incapaz	7	0.07
V.D. Desobediencia	7	0.07
Ley Contra el Acoso Sexual Callejero	6	0.06
Sustracción de persona menor de edad o incapaz y cuidado ilegal de menores sujetos a adopción	6	0.06
Accionamiento de Arma (Artículo 250 Bis)	5	0.05
Tentativa de Femicidio	5	0.05
Otros delitos	63	0.59
Total	10766	100.00

Fuente: Elaboración propia sistematizando información con base en reporte generado por Dirección de Tecnologías de Información del sistema SIGMA.
Nota: en otros delitos se incluye aquellos que suman 4 o menos cantidad de casos.

Teléfonos: 2295-3458

Correo electrónico: fanna_icj_sj@poder-judicial.go.cr



Sus derechos, nuestro compromiso

COSTA RICA
PODER JUDICIAL - MINISTERIO PÚBLICO
FISCALIA ADJUNTA DE HECHOS CONTRA LA VIOLENCIA EN PERJUICIO,
DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
I Circuito Judicial de San José, Edificio Tribunales de Justicia, Segundo Piso



Principales delitos asociados a maltrato infantil en caso ingresados a fiscalías del País

- Abusos sexuales personas menores de edad e incapaz
- Incumplimiento o Abuso Patria Potestad
- Relaciones Sexuales Personas Menores de Edad (Inc 2, art. 159)
- Robo Agravado
- Relaciones Sexuales Personas Menores de Edad (Inc 3, art. 159)
- Amenazas Agravadas
- Sedución o encuentros con menores por medios electrónicos
- Estafa
- Relaciones Sexuales Personas Menores de Edad (Inc 1, art. 159)
- Violación
- Agresión con Armas
- Lesiones Culposas (Ley de Tránsito)
- Lesiones Levisimas
- Amenazas personales
- Difusión de Pornografía
- Maltrato



Fuente: Elaboración propia; con base al cuadro elaborado con reporte generado por Dirección de Tecnologías de Información del sistema SIGMA.

Teléfonos: 2295-3458
Correo electrónico: fanna_icj_sj@poder-judicial.go.cr



Sus derechos, nuestro compromiso

COSTA RICA
PODER JUDICIAL - MINISTERIO PÚBLICO
FISCALIA ADJUNTA DE HECHOS CONTRA LA VIOLENCIA EN PERJUICIO,
DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
I Circuito Judicial de San José, Edificio Tribunales de Justicia, Segundo Piso

2. Datos estadísticos de los casos atendidos por Trastorno Facticio Impuesto a otro o Síndrome de Munchausen.

No es posible especificar ni suministrar datos estadísticos de casos atendidos por el citado trastorno o síndrome, dado que como tal no constituye en sí mismo un tipo penal específico, del accionar relacionado con este tipo de trastorno pueden existir consecuencias que eventualmente serían objeto de investigación bajo alguna tipología específica, pero no con ese nombre, por ejemplo lesiones graves, lesiones leves, homicidio etc.

3. Manuales o protocolos relacionados con la atención de la violencia infantil que se tienen a nivel institucional.

Algunos documentos, que pueden ser objeto de consulta o para tener de referencia, a los fines explicitados en su consulta, se enlistan a continuación:

- ✚ Protocolo interinstitucional de atención integral a víctimas de violencia sexual en edad joven y adulta (primeras 72 horas de ocurrido el evento)
- ✚ Lineamiento técnico LT.GM.DDSS.021121 Criterios y mecanismos de referencia de situaciones sospechosas de violencia en perjuicio de personas menores de edad desde la CCSS hacia el Ministerio Público y el Organismo de investigación Judicial.
- ✚ Protocolo Interinstitucional de intervención, valoración y administración del riesgo de situaciones de violencia contra las mujeres en relaciones de pareja
- ✚ Guía de Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Abuso. CCSS
- ✚ Inspire. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas.
- ✚ Protocolo para la atención de denuncias de maltrato físico, abusos o agresión hacia personas menores de edad en alternativas de cuidado. IMAS.
- ✚ Manual para la Intervención con Niños, Niñas Y Adolescentes en Riesgo O Vulnerados En Sus Derechos Humanos.



Sus derechos, nuestro compromiso

COSTA RICA
PODER JUDICIAL - MINISTERIO PÚBLICO
FISCALIA ADJUNTA DE HECHOS CONTRA LA VIOLENCIA EN PERJUICIO,
DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
I Circuito Judicial de San José, Edificio Tribunales de Justicia, Segundo Piso

Para complementar el listado expuesto, en términos de la labor que se realiza a nivel de otras instituciones, que tienen que ver con la atención de niñas, niños y adolescentes, recomendamos acudir a la colaboración e información de otras instituciones públicas como: Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Centros Hospitalarios de atención médica y demás instituciones públicas que tienen actividades de atención de personas menores de edad que son objeto de violencia en as diferentes manifestaciones.

Atentamente.

MSc. Floribeth Rodríguez Picado
Fiscal
FANNA

C.c.: Archivo

Apéndice E. Reporte del Organismo de Investigación Judicial

ORGANISMO DE INVESTIGACIÓN JUDICIAL
OFICINA DE PLANES Y OPERACIONES
UNIDAD DE ANÁLISIS CRIMINAL

SOLICITUD DE INFORMACIÓN
1769-OPO/UAC/S-2022



AGRESIONES A PERSONAS MENORES DE EDAD
01/01/2019 AL 31/08/2022
ID-54328

Vº Bº Lic. Orlando Corrales Ugalde
Jefe; Unidad de Análisis Criminal

Confeccionado por: Lic. Fabian Vásquez A.

Septiembre 2022



Unidad de Análisis Criminal
Teléfono 25289617, Fax 22804612
Correo: oij_secre_ac@poder-judicial.go.cr
oij-analisiscriminal@poder-judicial.go.cr

Solicitud de Información
1769-OPO/UAC/S-2022

**Señor
David Junior Ruiz Mena.
Estudiante, Universidad de Costa Rica.
Sede Guanacaste.**

Estimado estudiante:

Sirva la presente para saludar y a la vez dar respuesta a su solicitud de información referente los casos registrados en nuestro país de violencia infantil en Costa Rica, al respecto le informo lo siguiente:

Análisis de la información.

**Gráfico N°1.
Cantidad de casos por año según modalidad.
01/01/2019 al 31/08/2022.**





Unidad de Análisis Criminal
Teléfono 25289617, Fax 22804612
Correo: oij_secre_ac@poder-judicial.go.cr
oij-analisiscriminal@poder-judicial.go.cr

Solicitud de Información
1769-OPO/UAC/S-2022

Tabla N°1
Cantidad de casos por año y provincia.
01/01/2019 al 31/08/2022.

<i>Provincia</i>	2019	2020	2021	2022	Total general
<i>ALAJUELA</i>	26	23	25	22	96
<i>CARTAGO</i>	48	31	35	51	165
<i>GUANACASTE</i>	20	10	21	17	68
<i>HEREDIA</i>	39	27	22	31	119
<i>LIMON</i>	36	25	32	25	118
<i>PUNTARENAS</i>	48	25	22	43	138
<i>SAN JOSE</i>	261	107	110	233	711
<i>Total general</i>	478	248	267	422	1415

Nuestra Misión: Investigar delitos con probidad y excelencia para servir y proteger a Costa Rica
Nuestra Visión: Ser una policía líder, transparente y confiable, que aplique técnicas de investigación criminal modernas para enfrentar las nuevas tendencias delictivas.

"OIJ, investigación y ciencia a su servicio"



Unidad de Análisis Criminal
Teléfono 25289617, Fax 22804612
Correo: oij_secre_ac@poder-judicial.go.cr
oij-analisiscriminal@poder-judicial.go.cr

Solicitud de Información
1769-OPO/UAC/S-2022

Tabla N°2
Cantidad de casos por año y cantón.
01/01/2019 al 31/08/2022.

Cantón	2019	2020	2021	2022	Total general
SAN JOSE	98	42	34	93	267
DESAMPARADOS	38	20	20	39	117
GOICOECHEA	23	13	11	18	65
CARTAGO	21	8	10	22	61
ALAJUELITA	19	6	8	17	50
ALAJUELA	14	10	10	13	47
HEREDIA	14	9	6	16	45
PUNTARENAS	12	2	6	23	43
PEREZ ZELEDON	19	7	6	8	40
LIMON	7	7	9	13	36
POCOCI	9	8	10	5	32
QUEPOS	14	8	4	4	30
TURRIALBA	8	4	8	7	27
SIQUIRRES	13	8	3	2	26
LIBERIA	12	2	5	7	26

Tabla N°3
Cantidad de casos por año y distrito.
01/01/2019 al 31/08/2022.

DISTRITO	2019	2020	2021	2022	Total general
PAVAS DE SAN JOSE	20	11	8	15	54
HOSPITAL DE SAN JOSE	16	2	7	15	40
URUCA DE SAN JOSE	12	7	8	11	38
LIMON DE LIMON	4	5	8	12	29
CATEDRAL DE SAN JOSE	10	2	3	13	28
QUEPOS DE QUEPOS	11	8	3	4	26
LIBERIA DE LIBERIA	12	1	5	7	25
SAN SEBASTIAN DE SAN JOSE	8	3	1	10	22
DESAMPARADOS DE DESAMPARADOS	7	2	2	10	21
SAN MIGUEL DE DESAMPARADOS	2	4	4	10	20
SAN FRANCISCO DE HEREDIA	5	5	2	7	19
PURRAL DE GOICOECHEA	5	6	4	4	19
CARMEN DE SAN JOSE	12	2	2	3	19
SAN ISIDRO DE EL GENERAL DE PEREZ ZELEDON	10	4	2	2	18
MERCED DE SAN JOSE	5	5	2	6	18

Nota: Solo se muestran los diez cantones y distritos con más cantidad de casos.

Nuestra Misión: Investigar delitos con probidad y excelencia para servir y proteger a Costa Rica
Nuestra Visión: Ser una policía líder, transparente y confiable, que aplique técnicas de investigación criminal modernas para enfrentar las nuevas tendencias delictivas.

"OIJ, investigación y ciencia a su servicio"



Unidad de Análisis Criminal
Teléfono 25289617, Fax 22804612
Correo: oij_secre_ac@poder-judicial.go.cr
oij-analisiscriminal@poder-judicial.go.cr

Solicitud de Información
1769-OPO/UAC/S-2022

Tabla N°4
Cantidad de víctimas según género y año.
01/01/2019 al 31/08/2022.

Género	2019	2020	2021	2022	Total general
<i>Masculino</i>	267	139	128	202	736
<i>Femenino</i>	199	104	75	146	524
<i>Desconocido</i>	12	5	64	74	155
<i>Total general</i>	478	248	267	422	1415

Tabla N°5
Cantidad de víctimas por rango de edad y género.
01/01/2019 al 31/08/2022.

Rango Edad	Masculino	Femenino	Desconocido	Total general
<i>0-11</i>	107	73	42	222
<i>12-17</i>	629	451	113	1193
<i>Total general</i>	736	524	155	1415

Nota: Única información con la que contamos de los solicitado.

Signos de alerta en la víctima

Físicos



En la literatura se destaca como frecuentes la creación de los siguientes síntomas:

- Diarreas crónicas.
- Intoxicaciones.
- Dolores abdominales agudos y recurrentes.
- Hemorragias frecuentes.
- Asfixias
- Dolores de cabeza
- Pérdida de consciencia
- Epilepsias
- Hipoglucemias

El personal de salud debe tomar estos elementos como referencia indiciaria y analizarlo en un marco global para cada caso concreto.

Comportamentales



- Los síntomas de la persona menor de edad parecen desaparecer cuando no está presente el adulto.
- La persona menor de edad parece estar en una relación excesivamente simbiótica con su progenitor o encargado legal, en la cual se ve disminuida notoriamente su autonomía individual y su espontaneidad.

Historia médica



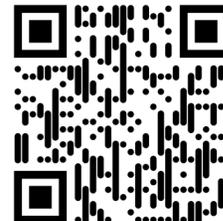
- Historial de consultas e intervenciones médicas recurrentes.
- Enfermedades o síndromes raros y extraños.
- Ineficacia de los tratamientos prescritos para la sintomatología.



Consejos

- Durante la consulta medica o psicológica dar espacio a la persona menor de edad para que pueda expresar sus síntomas (acorde a su edad) para que no sea la persona que le acompaña quién hable en su nombre.
- Iniciar los protocolos institucionales en caso de detectar un TFIO e involucrar inmediatamente a Trabajo Social y Psicología, para valorar la presentación de denuncias.

Bibliografía y
Panfleto en PDF



Portada diseñada con Inteligencia Artificial Midjourney.
Iconos diseñador por Freekpic de www.flaticon.com
Emojis tomados de Twitter

Guía de bolsillo

Trastorno Facticio Impuesto a Otro

Diagnóstico

Universidad de Costa Rica
Carrera de Psicología

Seminario de Graduación

Estudiantes:
Brandon Albán Chavarría Chaves
Tatiana del Carmen Huembes Tijerino
Davis Junior Ruíz Mena

Director:
Msc. Marco Vidaurre Arredondo



¿Qué es el Trastorno Facticio Impuesto a otro?

El TFIO es un trastorno vincular y también un ciclo de violencia que ejerce un progenitor o cuidador en contra de una persona menor de edad a su cargo.

Antes se denominaba como Síndrome de Münchhausen by proxy. Sin embargo, en la actualidad está codificado en el DSM-V y el CIE-11 como

CIE-11	DSM-V
Código: 6D51	Código: 300.19 (F68.10)

El CIE-11 da una definición bastante clara y precisa del TFIO:

El trastorno facticio impuesto a otra persona se caracteriza por fingir, falsificar o inducir signos y síntomas médicos, psicológicos o del comportamiento, o lesiones en otra persona, más comúnmente un niño dependiente, asociado con un engaño descubierto.

Si un trastorno o enfermedad preexistente está presente en la otra persona, el individuo agrava intencionalmente los síntomas existentes o falsifica o induce síntomas adicionales.

La persona busca tratamiento para la otra persona o, de lo contrario, se presenta como enferma, herida o discapacitada en función de los signos, síntomas o lesiones fingidos, falsificados o inducidos.

El comportamiento engañoso no está motivado únicamente por recompensas o incentivos externos obvios (por ejemplo, obtener pagos por incapacidad o evitar el enjuiciamiento penal por abuso de menores o mayores).

Acciones claves

Fingir. Dar a entender algo que no es cierto.

Falsificar. Fabricar algo falso.

Inducir. Provocar o causar algo directa o indirectamente.

Agravar. Convertir algo en una situación más grave.

Criterios diagnósticos

DSM-V

1. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, en otro, asociada a un engaño identificado.
2. El individuo presenta a otro individuo (víctima) frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.
3. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensa externa obvia.
4. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

El diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima



Signos de alerta

En el TFIO si bien es cierto existen síntomas que se abordaron previamente, está también lo que se podría denominar como "signos de alerta" que deberían hacer sospechar al personal de salud, educativo y otros relacionados con personas menores de edad sobre la potencial existencia del TFIO.

Uno de los problemas principales con el TFIO ha sido que suele ser poco detectado, esto se debe en gran medida a que no existe una difusión y concientización suficiente del mismo en los textos de estudio académico durante la formación universitaria de los profesionales de la salud y educación principalmente, pero también la habilidad de quién está encargado del cuidado de la persona menor de edad para confundir al personal de salud con la producción y exageración de síntomas.

Los signos de alerta están presentes en la víctima (físicos, comportamentales e historia médica) y en la persona a cargo del menor (comportamentales)

Signos de alerta en la persona encargada



- Exageración de la intensidad de los síntomas de la persona menor de edad.
- Insistencia en que la persona menor de edad posee una enfermedad aún cuando el personal médico o de salud mental lo ha descartado.
- Conocimiento intermedio o avanzado de tecnicismos médicos, etiologías, sintomatología y/o tratamientos médicos sin tener formación para ello.
- Durante las intervenciones médicas puede presentarse como una persona abnegada y entregada por completo al cuidado de la persona menor de edad.
- Obstaculización o reticencia a dejar a la persona menor de edad a solas con los funcionarios de salud.
- Actitudes de molestia o negativas cuando se descarta en la persona menor de edad alguna enfermedad, pueden ser acusaciones de negligencia, impericia, amenazas legales y otras.
- Resistencia a la intervención de profesionales de Psicología o Trabajo Social en la situación del menor de edad.
- Padece de Trastorno de Personalidad Histriónica o Trastorno Límite de la Personalidad

Esquema básico de intervención

Fase 1. Preparación para la terapia

- Acuerdo de Terapia
- Plan de seguridad
- Plan de reunificación

El objetivo es establecer un acuerdo claro y seguro de tratamiento con un equipo adecuado y evaluar la medición del progreso. Además, se debe valorar la probabilidad de éxito antes de comenzar y tener un plan de seguridad y reunificación claro.

Fase 2. Terapia individual

- Para padres, cuidadores o encargados legales.
 - Otros familiares y amigos
 - Persona menor de edad

El objetivo es poder darle atención individual a cada una de las personas implicadas en la situación para poder atender sus necesidades particulares, que deban ser tratadas para buscar un mayor grado de bienestar individual y por consecuencia grupal.

Fase 3. Terapia de crianza compartida

La terapia tiene como objetivo ayudar a padres dispuestos a compartir la crianza y reconocer el abuso, a trabajar juntos y establecer una crianza adecuada y saludable.

Fase 4. Terapia familiar

La terapia se enfoca en aclarar la historia, expresar empatía y practicar respuestas adecuadas. Los objetivos son establecer expectativas adecuadas para los hijos, reconocer a la PME como individuo y promover relaciones saludables a través de terapia de juego y PCIT.

Fase 5. Terapia de consolidación o terminación

La última fase de la terapia es preparar a la familia para la terminación, pero si hay progreso suficiente, se pueden mantener apoyos terapéuticos para consolidar logros y ayudar con problemas futuros.

Modelo ACCEPTS

En la literatura destaca el modelo de intervención ACCEPTS:

AC (acknowledgement—Reconocimiento):

Debe ocurrir el reconocimiento y responsabilidad de comportamientos inapropiados y utilizarse la terapia narrativa para explorar la historia y apoyar a la persona responsable.

C (coping—Afrontamiento):

Se debe identificar las necesidades emocionales que contribuyeron a los comportamientos abusivos y desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento en la terapia narrativa para manejarlas.

E (Empathy—Empatía):

El objetivo de la intervención es desarrollar la capacidad de empatizar con las víctimas y experimentar una respuesta emocional apropiada al daño que han sufrido.

P (Parenting—Crianza):

El objetivo es el desarrollo de habilidades parentales en las personas a cargo de la víctima.

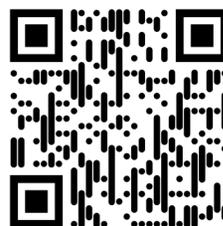
T (Taking charges—Tomar el cargo):

Ayudar a la persona encargada a reconocer su poder y utilizarlo apropiadamente, así como planificar futuras interacciones con la víctima.

S (Support—Apoyo):

Consiste en identificar y fortalecer una red de apoyo para las familia de la persona víctima para acompañar y sostener los resultados del proceso.

Bibliografía y
Panfleto en PDF



Portada diseñada con Inteligencia Artificial Midjourney.
Iconos diseñador por Parzival'1997 y Freepik de www.flaticon.com
Emojis tomados de Twitter

Guía de bolsillo

Trastorno Facticio Impuesto a Otro

Abordaje

Universidad de Costa Rica
Carrera de Psicología

Seminario de Graduación

Estudiantes:

Brandon Albán Chavarría Chaves
Tatiana del Carmen Huembes Tijerino
Davis Junior Ruíz Mena

Director:

Msc. Marco Vidaurre Arredondo



Introducción

El TFIO es una situación compleja en donde puede encontrarse tanto un trastorno mental y también un ciclo de violencia cronicado en donde están inmersas dos personas: la víctima y la persona a cargo. En vista de esto el abordaje debe ser integral, tanto en la atención de ambas partes involucradas directamente en el fenómeno, como también de las distintas profesiones que podrían verse involucradas: Ciencias de la Salud en general, Derecho, Educación y Trabajo Social.

El objetivo del presente folleto es presentar algunas pautas generales del abordaje que debe realizarse en el TFIO.

Intervención médica: Se busca asegurar la vida y la salud de la PME. Se debe hacer las intervenciones médicas o quirúrgicas que necesite para estabilizarse en caso de presentar alguna enfermedad o lesión a raíz de los abusos o procedimientos a los se le sometió.

Intervención psiquiátrica: Procura atender problemas de salud mental desencadenados por el abuso que recibió la víctima pero también los de la persona a cargo, si es necesario se puede prescribir tratamiento farmacológico.

Intervención psicológica: Se le brinda acompañamiento psicoterapéutico a la víctima, la persona a su cargo, su pareja y familia, en este proceso se abordan las principales necesidades que se presentan en cada caso en específico.

Intervención social: Sirve para aumentar el apoyo social y cultural a las familias, por ejemplo asistencia social, búsqueda de empleo, mejorar las relaciones con el vecindario, aportar teléfonos de ayuda, mejorar la situación económica, entre otros.

Intervención jurídica: En la dinámica del TFIO la persona agresora puede incurrir en acciones que son consideradas manifestaciones de violencia infantil, en ese sentido, la investigación ayuda a determinar si estas se pueden considerar como maltrato infantil.

Esta intervención procura proteger la salud, la vida y la integridad de la PME y que la persona encargada asuma las consecuencias legales de su actuar.

Identificación de áreas de afección

La persona menor de edad víctima del TFIO ha vivido una situación de abuso y violencia infantil muy fuerte, por eso es importante desde el modelo de trauma complejo identificar el nivel de afección en diferentes áreas para así poder planificar la intervención.



Apego

- ⇒ Problemas con los límites.
- ⇒ Desconfianza y suspicacia.
- ⇒ Dificultad para adoptar la perspectiva de otras personas.
- ⇒ Aislamiento social.
- ⇒ Dificultades interpersonales.
- ⇒ Dificultad para sintonizar con las emociones de otras personas.



Biología

- ⇒ Problemas en el desarrollo sensoriomotor.
- ⇒ Problemas de coordinación, balance, tono corporal.
- ⇒ Somatizaciones.
- ⇒ Analgesia.
- ⇒ Incremento de problemas médicos (p. ej., dolor pélvico, problemas de la piel, asma, trastornos autoinmunitarios).



Regulación del afecto

- ⇒ Dificultades en la autorregulación emocional.
- ⇒ Dificultades para reconocer y expresar sentimientos.
- ⇒ Dificultades para conocer y describir estados internos.
- ⇒ Dificultades para comunicar deseos y necesidades.



Disociación

- ⇒ Alteraciones del estado de conciencia.
- ⇒ Despersonalización y desrealización.
- ⇒ Amnesia.
- ⇒ Varios estados de conciencia distintos.
- ⇒ Memoria deteriorada para recuerdos dependientes del estado.



Control de comportamiento

- ⇒ Pobre regulación impulsos.
- ⇒ Comportamiento autodestructivo.
- ⇒ Agresividad hacia los demás.
- ⇒ Problemas sueño.
- ⇒ Complacencia excesiva.
- ⇒ Conducta oposicionista.



Cognición

- ⇒ Dificultades en la regulación de la atención y las funciones ejecutivas.
- ⇒ Falta de curiosidad sostenida.
- ⇒ Problemas para concentrarse y completar tareas complejas.
- ⇒ Dificultades de aprendizaje.
- ⇒ Problemas con la permanencia de objeto.



Autoconcepto

- ⇒ Falta de un sentido de sí mismo continuo y predecible.
- ⇒ Pobre sentido de separación.
- ⇒ Alteraciones en la imagen corporal.
- ⇒ Baja autoestima.
- ⇒ Vergüenza y culpa.