

Abuso contra personas menores de edad en la manifestación de trastornos facticios por poder

Katherine Barquero Castro

Palabras descriptoras: Personas menores de edad, Abuso, Trastornos facticios por poder

Resumen:

Como resultado de una investigación, se dan a conocer algunos de los factores sociofamiliares presentes en seis familias atendidas en el Hospital Nacional de Niños, del año 2000 al primer trimestre del 2002, diagnosticadas con el trastorno facticio por poder, por el Comité de Estudio Integral del Niño, Niña y Adolescente Agredido (CEINA).

Se enfatizan algunas de las características individuales de los y las sujetos (as) de investigación, así como de la dinámica de trastornos facticios por poder identificada. Se propone además, una síntesis de la propuesta de intervención para ser utilizada por los y las Trabajadoras Sociales del Sector Salud, como guía en su labor dentro de los equipos interdisciplinarios.

Introducción:

El abuso contra personas menores de edad es una forma de atentar contra los derechos de quienes se supone, deben ser protegidos por la familia, comunidad y sociedad en general. Según diversas investigaciones, es evidente que este problema de salud pública va en aumento y con él, el incremento de secuelas sociales, físicas, emocionales, legales y morales, entre otras.

En los últimos años, se han logrado identificar, además de las conocidas manifestaciones de abuso físico, sexual, emocional, abandono y negligencia, formas menos frecuentes pero con implicaciones de importancia; este es el caso de los trastornos facticios por poder, conocidos también como Síndrome de Munchausen by Proxy. Este consiste en la falsificación de datos clínicos que llevan a la simulación y/o producción de enfermedades en niños, niñas y adolescentes, lo cual genera síntomas que obligan al personal de salud a pensar en patologías poco comunes, a realizar estudios y procedimientos innecesarios, o bien a practicar tratamientos diversos y prolongados, con las consecuentes repercusiones negativas en el crecimiento y desarrollo de las víctimas.

La prevención, detección e intervención en este tipo de situaciones deben ser el fin primordial de los y las funcionarias de los centros de salud y de manera particular de profesionales e instituciones que trabajan con personas menores de edad, por lo que la investigación sobre el tema, se constituye en un importante recurso teórico-metodológico para brindar a la población afectada, una atención integral

que responda a sus necesidades y logre salvaguardar su interés superior. Es decir, que se oriente hacia lo que más favorezca el caso de una persona menor de edad en concreto y que garantice el respeto por sus derechos en un ambiente físico y mental sano y sin una supuesta enfermedad que les impide estar fuera del ambiente hospitalario.

1. ABUSO CONTRA PERSONAS MENORES DE EDAD.

El abuso constituye un problema de indescritibles proporciones, por el que miles de personas menores de edad en el mundo, son dañadas con perversidad, en ocasiones, hasta causarles la muerte o el daño físico irreparable (Quesada, Ana y Rocío Amador; 1996).

En diferentes espacios de interacción ha surgido la necesidad de comprender teóricamente la problemática, para, con base en los casos reportados, crear estrategias de intervención con el fin primordial de la prevención. Seguidamente se presentan algunos aportes al respecto.

Según lo establece el Reglamento para los Comités de Estudio del Niño, Niña y Adolescente Agredido, Decreto Ejecutivo número 30007 (publicado en el Diario Oficial La Gaceta del 7 de diciembre del 2001), se considera abuso: ***“Toda acción u omisión producto del uso de poder, ejercida contra una persona desde su concepción hasta los 18 años, que perjudique su integridad física, psicológica, sexual, espiritual o patrimonial, violentando su derecho al pleno desarrollo...”***. Como se señala, una persona ejerce poder contra otra que se encuentra en desventaja, lo que contribuye según Treguer (2001), a: lesionar los afectos, devaluar a la persona, debilitar su autoestima, degradar la dignidad, impedir su desarrollo personal, limitar sus capacidades y autonomía, producir dolor, frustración, enojo, tristeza y temor. En el caso de los niños, niñas y adolescentes, el riesgo aumenta por su general dependencia afectiva, legal y económica hacia padres, responsables o encargados legales.

Según las estadísticas del CEINA de los últimos años, los tipos de abuso de mayor frecuencia son el emocional, el sexual, el físico y la negligencia o descuido (CEINA; 2004, 2005, 2006). Sin embargo, los trastornos facticios por poder, se empiezan a identificar cada vez más, como se reporta en las actas de las reuniones del equipo, cuya información es de uso confidencial.

2. TRASTORNOS FACTICIOS POR PODER:

Existen una serie de definiciones de los trastornos facticios por poder, empero, se dará uso a lo establecido al respecto en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10), y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSMIV), por ser éstas clasificaciones consultadas por los profesionales de la salud a nivel nacional e internacional.

Según el CIE 10 (1995), los trastornos facticios son los que describen la producción intencionada o fingimiento de síntomas o incapacidades somáticas o psicológicas, en los que el paciente ***“finge los síntomas de forma repetitiva, por razones no obvias, e incluso puede llegar a auto infligirse daños para generar síntomas o signos. La motivación es oscura y presumiblemente interna, orientada a adoptar el comportamiento del enfermo. A menudo se combina con severos trastornos de la personalidad y de las relaciones”***. El término se aplica en este caso a la persona que presenta el trastorno hacia sí misma. Se utiliza “por poder” o “by proxy (por proximidad)”, cuando la persona víctima es otra que se encuentra bajo su tutela, como ocurre con los niños, niñas y adolescentes.

En el DSM IV (1994) los trastornos facticios por poder se ubican dentro de la categoría F68.1, es decir, la de trastornos facticios no especificados, los cuales son definidos como ***“la producción intencional o fingimiento de síntomas y signos físicos o psicológicos en otra persona que se encuentra bajo la tutela del sujeto, con el propósito de asumir el rol de enfermo indirectamente”***.

2.1. Antecedentes:

Según diversos autores, el Síndrome de Munchausen fue inicialmente descrito por el Dr. Richard Asher en 1951, cuando aplicó el término a pacientes que fabricaban historias, fingían enfermedades y demandaban múltiples cuidados. Estos pacientes viajaban largas distancias para recibir atención médica en diferentes centros de salud, brindando historias de enfermedades que en muchas ocasiones eran dramáticas y que originaban intervenciones quirúrgicas numerosas. Conforme se aclaraban los casos, se llegó a la conclusión de que estas personas recibían atención médica para obtener beneficios secundarios (no claros en ese momento), más que para curarse.

El nombre de Munchausen se debe a que Asher observó que los pacientes contaban relatos de manera agradable, similares a las historias referidas por el narrador alemán, soldado germano y aventurero: Barón Hieronymus Karl Frierich Von Munchausen¹. Con el término denominó el conjunto de síntomas increíbles que referían algunos de sus pacientes y que, al simular una enfermedad, eran sometidos a revisiones médicas y procedimientos quirúrgicos innecesarios.

El Síndrome de Munchausen by proxy se reconoce como variante del Síndrome de Munchausen en tanto las víctimas son niños y niñas. Algunos autores lo han denominado como Síndrome de Polle, nombre supuesto del hijo del Barón de Munchausen quien falleció a la edad de un año en circunstancias misteriosas.

Esta manifestación fue descrita por Meadow por primera vez en 1977, cuando las personas utilizaban extraños medios para confundir al personal médico y hacerlo pensar en situaciones clínicas

complicadas. Meadow relató como primer caso el cuadro clínico de una niña de seis años de edad, quien en apariencia sufría de hematuria recurrente, pero, en realidad era la madre quien contaminaba con su sangre la orina de su hija.

2.2. Incidencia:

Rosenberg (1986) y Reece (1990) mencionan dentro de esta categoría 117 casos registrados en la literatura hasta el año 1985. Al parecer presentaban hemorragias, convulsiones, depresión del sistema nervioso central, apnea, diarrea, vómitos, fiebre y exantema, entre otras patologías.

Actualmente se han realizado numerosos estudios en los que se dan a conocer los casos atendidos en diferentes países; sin embargo, en Costa Rica no se cuenta con un registro de referencia. En el Hospital Nacional de Niños se identificó la primera situación en el año 1991, momento a partir del cual, se sospecha el trastorno con mayor frecuencia. Del año 2000 al primer trimestre del 2002 se diagnosticaron un total de seis (CEINA; 2001,2002,2003).

2.3. Modus Operandi:

El tipo y gravedad de los síntomas que presenta la víctima están ligados exclusivamente por el grado de sofisticación médica y el margen de acción del que disponga el o la perpetradora. En general se tienen como algunos de los factores que podrían encontrarse en el modus operandi:

- Se parte de la historia de las madres (principales ofensoras), por ser estas las encargadas del cuidado de los niños (as).
- El agresor (a) actúa movido (a) por el prestigio social de una enfermedad misteriosa.
- Se utilizan extraños medios para confundir al personal y hacerlo pensar en una complicada situación clínica.
- Se simulan síntomas hemorrágicos, mezclando sangre de la madre (menstruación- auto lesión) en orina, vómitos, heces de los niños y niñas.
- Diarrea crónica provocada por laxantes o alimentos inapropiados.
- Fiebre por frotación del termómetro.
- Sepsis por gérmenes múltiples, inyección de heces en un gotero.
- Intoxicación por medicamentos.
- **“Caos bioquímico”** por mezcla de sustancias tóxicas y cloruro sódico con muestras de análisis del niño (a).

- Madre o padre está constantemente al lado de la cama de su hijo/a, alabando excesivamente al personal de salud, involucrándose en el cuidado de otros /as niños /as.
- Perpetrador/a se ingenia hasta lograr el manejo de la información personal de los profesionales y utilizarla para su beneficio.
- Dominio y utilización de los recursos legales para intimidar a los profesionales y salvaguardar su responsabilidad como progenitor (a).
- En el momento de la confrontación, el personal que confronta se convierte en enemigo y depositario de los males que aquejan la familia.
- Se constituye en un reto a la infabilidad del sistema de salud.

2.4. Criterios diagnósticos o signos:

Según lo documentado en la literatura y en base a la experiencia obtenida en el HNN desde el CEINA, registrada en sus actas semanales, expedientes clínicos e informes sociales, se definieron los siguientes criterios relacionados con el trastorno en estudio:

- Discrepancia entre la historia y los hallazgos clínicos.
- Persistencia o recurrencia de una enfermedad cuya causa no puede ser encontrada.
- Presentación de signos y síntomas pocos usuales que no corresponden con una entidad bien definida.
- Fallo persistente de un niño (a) en tolerar o responder a la terapia médica.
- Desaparición de los signos y síntomas cuando el niño/a no se encuentra junto a la persona agresora.
- Presencia permanente de la persona agresora.
- Ausencia del compañero (a) del perpetrador (a).
- Padres que se muestran conformes o tranquilos ante la supuesta enfermedad del niño/a y los procedimientos empleados aunque éstos sean dolorosos, riesgosos o costosos. La reacción puede darse por defecto (se está menos preocupado por la enfermedad aparente que el personal que atiende) o por exceso (se queja de que se está haciendo poco por diagnosticar la enfermedad).
- Hospitalizaciones frecuentes del niño (a) y tratamientos intensos y repetidos sin un diagnóstico definitivo.
- Historia de enfermedades raras o muerte de familiares.
- Utilización de la enfermedad para fines secundarios (económicos, afectivos).

- Se establecen alianzas estratégicas con el personal de salud.
- Madre, en caso de ser la ofensora, se muestra sobre protectora, establece una relación simbiótica con el niño (a) víctima.
- Familia y comunidad manejan información que coloca al niño/a en una posición de “desahuciado (a)”.
- Existencia exagerada de medicamentos en la vivienda.
- Evasión ante la intervención social y psiquiátrica.
- Relación de conflicto con quienes confrontan.
- Excesivo conocimiento médico.
- Se tiene una sola víctima a la vez.

2.5. Diagnóstico Diferencial:

Se entiende por diagnóstico diferencial aquel que logre ajustarse de mejor forma a los criterios identificados y, por ende, defina la dinámica presente.

Por la complejidad de las características del trastorno facticio por poder, es necesario realizar un diagnóstico diferencial de previo, que excluya entre otros:

Explotación económica: Se han identificado casos en los que el niño/a con necesidades especiales, es explotado económicamente y de forma consciente por sus cuidadores, en actividades como: pedir dinero con él en brazos, llevarlo a lugares públicos para que la gente les ayude, entre otras. Esto de la misma manera se constituye en una forma de abuso contra la persona menor de edad. Recientemente es denominado por la Dra. Ivone Gómez, pediatra del CEINA, como el “Munchausen de los pobres”.

La simulación: Como lo menciona la literatura, hay eventos en los que de forma consciente la persona simula enfermedades con el claro objetivo de obtener un beneficio. Por ejemplo, la simulación o fingimiento de una enfermedad (gripe) para no ir a trabajar o a estudiar. (Ubicado en el CIE 10 en la categoría Z 76.5).

La histeria: Eventos en los que se realizan actividades de forma inconsciente para fines del mismo tipo.

Elaboración psicológica de síntomas somáticos: Según el CIE 10 en el criterio F68.0, se define como el trastorno a través del cual existen *“síntomas somáticos compatibles con un trastorno, enfermedad o incapacidad física confirmadas y originalmente debidos a uno de ellos, son exagerados o prolongados debido al estado psicológico del enfermo... en algunos casos parece existir una clara*

motivación derivada de la posibilidad de obtener indemnizaciones consecutivas a accidentes o lesiones”

Otra forma de abuso: En manifestaciones como: física, sexual, emocional, abandono y negligencia.

Trastornos del comportamiento y de las emociones: De comienzo habitual en la infancia y la adolescencia.

Otros trastornos psiquiátricos: Que expliquen de mejor forma las características diagnósticas identificadas.

Descartado un diagnóstico diferencial, es necesario ubicar la etapa en la que se encuentra el trastorno.

2.6. Etapas:

Como se menciona en la literatura, el trastorno facticio por poder se puede ubicar en cuatro categorías diferentes de acuerdo al momento en que se identifica: al existir sobreprotección de niños/as con necesidades especiales; cuando se exageran los síntomas existiendo causa orgánica; cuando se fingen los síntomas; y cuando se producen los síntomas. Sin embargo, en relación con el punto anterior se observa que las dos primeras categorías pueden descartarse como diagnóstico diferencial.

En los casos atendidos, según los resultados obtenidos, ha sido posible concluir que cada uno de ellos se encuentra en diferentes momentos de la dinámica, justificado posiblemente por las siguientes razones: edad del niño (a) al momento de realizado el diagnóstico, momento en que surge la sospecha, procedimientos realizados hasta el momento con el fin de descartar o corroborar, familiaridad del grupo con la enfermedad y con la sintomatología, reacción de la familia ante la supuesta enfermedad y capacidad intelectual e imaginativa de la madre, entre otras.

En base a las anteriores consideraciones se establece una categorización elaborada por la autora:

Categoría	Consideración
1	Presentación y exageración de síntomas de parte de la madre cuando no existe causa orgánica explicativa.
2	Producción de síntomas de parte de la madre a través de mecanismos como frotación del termómetro.
3	Inducción de la enfermedad de parte de la madre.
4	Alguna de las categorías anteriores pero con la alianza del niño/a. Según el DSMIV, conforme avanza la edad del niño/a, se puede dar colaboración de su parte con la madre, como se identificó en tres de los casos del estudio.

2.7. Fines:

Una de las principales interrogantes de los funcionarios que han tratado con familias con trastornos facticios por poder, son los aspectos que lo originan, asimismo los motivos por los cuáles les es útil a las familias, tener a un integrante “enfermo”. En otros términos, cuáles son los fines secundarios de la dinámica.

Durante las intervenciones en este tipo de diagnóstico, ha sido sumamente difícil, según la experiencia del HNN, que los integrantes del núcleo familiar identifiquen y expresen abiertamente, cuáles objetivos son los que desean conseguir, pese a esto, ha sido posible conocer la existencia de algunos beneficios “encubiertos”.

Para efectos de este trabajo se subdividieron en dos tipos: los fines afectivos y los económicos.

Fines afectivos:

Se definió en estos casos, el fin afectivo como un elemento transversal en la dinámica. Se mencionan a continuación algunas hipótesis de los beneficios que trae consigo el diagnóstico:

- La madres generalmente reciben el reconocimiento social (familiares, comunitarios, funcionarios del sistema de salud), de que realizan una “excelente” labor en su función materna, ya que suelen ser percibidas como “pobrecitas, siempre tan preocupadas”, “al tanto de la salud de sus hijos”, “hacen lo que sea porque el chiquito sea atendido”, “qué buena madre, ni siquiera se preocupa por ella, no va a la casa ni a descansar ni a comer”.
- La madre intenta recibir atención de forma indirecta, a través del papel de “enfermo” del hijo/a.
- Es una forma de evadir los conflictos a lo interno del grupo familiar, siendo la enfermedad del niño (a) en muchas ocasiones el único tema que tiene en común los padres, y uno de los pocos que no originan nuevos conflictos.
- Las madres mantienen la atención, al menos parcial de sus parejas, y aumentan la permanencia de ellos en los hogares, en comparación con el momento en el que el niño (a) no estaba “enfermo (a)”.
- El niño (a) intenta mantener a sus padres unidos y a la madre permanentemente al pendiente de sus cosas.
- Los niños (as) reciben afecto en su condición de “pacientes” de otros familiares que quizás no tenían contacto cuando no “estaban enfermos”, y de otras personas que visitan a los otros niños y niñas en el salón de internamiento.
- Las madres solicitan a las docentes de los centros educativos, que den un trato diferente a los niños (as), que se les trate con “prioridad”.

En los seis casos fue impresión del equipo de profesionales tratantes, que alguna de las anteriores hipótesis de fines afectivos, pudo estar mediando en la dinámica.

Fines económicos:

Según se constató, éste fue uno de los elementos presentes en tres de los casos, a raíz de los supuestos problemas de salud:

- Los vecinos les daban ayudas económicas para la consulta a especialistas, el pago de servicios básicos del hogar y la compra de elementos necesarios para el supuesto “entierro”.
- Desde la escuela le enviaban la comida al servicio de hospitalización -lo que era innecesario porque en el centro hospitalario se le da la alimentación que requiere- y se extendían los llamados “bonos”, para la recolección de alimentos.
- Se dictó una medida de apoyo económico desde el Instituto Mixto de Ayuda Social.

3. RESULTADOS INDIVIDUALES:

3.1. Características sociodemográficas:

Se dan a conocer en este apartado, algunas de las características individuales de los sujetos/as.

Cuadro No.1 Características sociodemográficas²

Identificación³	Edad	Sexo	Nacionalidad	Escolaridad	Lugar de residencia
Caso 1: “G”	1 año 11 meses / 5 años 8 meses	Hombre	Costarricense	No aplica / Kinder	Cartago, Orosi / San José, Desamparados, San Antonio
Caso 2: “T”	6 años / 8 años 6 meses	Mujer	Costarricense	Kinder / Segundo grado	Cartago, Turrialba, Tayutic/ Cartago, Turrialba, Santa Rosa
Caso 3: “A”	7 años / 9 años 11 meses	Mujer	Costarricense	Primer grado / Tercer grado	Alajuela, Upala /Alajuela, Grecia, Tacaes
Caso 4: “N”	11 años / 13 años	Mujer	Costarricense	Quinto grado / Sétimo año	San José, Desamparados, Los Guido / Mismo domicilio
Caso 5: “E”	10 años 11 meses / 12 años 11 meses	Mujer	Costarricense	Quinto grado / Sétimo año	San José, Pérez Zeledón, Gravillas / Mismo domicilio
Caso 6: “K”	11 años / 12 años 5 meses	Mujer	Costarricense	Cuarto grado / Sexto grado	Alajuela, Ciruelas /Cartago, Guadalupe

Fuente: Barquero, Katherine (2004). Factores sociofamiliares asociados al abuso contra niños y niñas en la manifestación de trastornos facticios por poder.

Dos de las personas menores de edad contaban con 7 años y menos, al momento de realizado el diagnóstico de trastornos facticios por poder, factor que aumenta el grado de vulnerabilidad, porque

generalmente a estas cortas edades, los y las niñas se muestran aún más dependientes de personas adultas, y en especial de la progenitora. En los casos restantes, a mayor edad, se tiende a asumirlo como propio y, lejos de “desmentir” las aseveraciones de la madre, lo justifican y “perpetúan”, posiblemente con el fin de continuar recibiendo el afecto de ella; como las madres lo hacen de otras personas.

En cuanto al elemento sexo, según lo registrado en la literatura consultada, no se ha logrado determinar una diferencia importante en la cantidad de niños y de niñas afectadas por la patología de las progenitoras. Sin embargo, para efectos de la investigación, un 83.4 de los casos corresponden al sexo femenino, lo que coincide con otros tipos de abuso como el sexual, en donde las niñas son en su mayoría, las víctimas de este flagelo, según se registra en las estadísticas anuales del CEINA, de los años 2000 al 2003. (CEINA; 2000, 2001, 2002, 2003).

Desde el año 1991, la nacionalidad de los y las infantes, es la costarricense, lo cual se generaliza para todos los casos identificados en el CEINA.

El lugar de residencia se ubica tanto en zonas rurales como urbanas. Dos de las personas menores de edad residían con sus familias, al momento de iniciada la valoración social, en áreas alejadas del centro de Cartago, y otras dos, del centro de Alajuela. Por otra parte, una de las dos niñas procedentes de la provincia de San José habitaba en el cantón de Pérez Zeledón, lo que permite determinar como zona mayoritaria de residencia, la rural. Sin embargo, en dichas zonas al igual que en las urbanas, existen equipos de atención de la salud a nivel de comunidad, que si bien es cierto no cuentan con especialistas, optan por referir a los y las pacientes a otros centros con mayor cobertura y con más recursos profesionales y técnicos.

Con respecto a la escolaridad del niño y las niñas, se tiene que cuando habitaban con su familia de origen, en cinco de los casos, cursaban el nivel académico correspondiente para su edad. Únicamente “N” había repetido el primer grado. Posterior a la intervención de profesionales del Hospital, “A” y “K” cursaron dos veces uno de los grados; primero y cuarto respectivamente.

3.2. Motivo de referencia médica

Se brinda a continuación, un resumen que documenta el principal problema identificado por los médicos tratantes, que originó la solicitud de intervención del Servicio de Trabajo Social.

Niño (a)	Motivo de referencia	Servicio que refirió
“G”	Sangrados + Convulsiones	Medicina 5
“T”	Diabetes	Endocrinología
“A”	Epilepsia refractaria	Unidad de Monitoreo y Cirugía de Epilepsia
“N”	Dolores musculares	Medicina 1

“E”	Dolores abdominales	Medicina 1
“K”	Sangrado vaginal	Psiquiatría

Cabe señalar que el médico tratante del y la paciente es quien cuenta con la información inicial que permite sospechar la existencia de trastornos facticios por poder. No obstante, con la intervención posterior de profesionales de otras disciplinas, se descarta o no, dicho diagnóstico.

En cada una de las familias en estudio, se solicitó mediante la ínter consulta al Servicio de Trabajo Social, la valoración desde el área social - familiar, lo cual evidencia, la importancia de la profesión para documentar esta forma inusual de abuso contra personas menores de edad y para valorar un diagnóstico diferencial.

3.3. Dinámica del diagnóstico:

Para efectos del presente, se describirá a continuación, la historia clínica⁴ reportada en el expediente clínico y en el informe social, de dos de los seis casos que sugieren la presencia de los trastornos facticios por poder. Se especifican: número de ingresos hospitalarios, principales motivos de consulta, servicios consultados, y algunos de los procedimientos realizados.

Caso 1: “G”

Niño quien estuvo internado en el centro hospitalario en el año 2000. Desde su nacimiento hasta el periodo en el que se sospechó el diagnóstico de trastornos facticios por poder, “G” tuvo un total de 10 hospitalizaciones. Según se documentó, todas en el HNN y por motivo de supuestas: “convulsiones y sangrados”.

Fue referido al Servicio de Trabajo Social por el siguiente motivo: ***“Paciente con múltiples internamientos por sangrado digestivo bajo y convulsiones, en ambos problemas no se ha podido comprobar causa orgánica. Se desea descartar la existencia de algún factor psicosocial que influya en la presentación clínica de los periodos de internamiento del niño. A/D (A descartar) Munchausen”.***

En la última de las situaciones, el niño ingresó al Servicio de Emergencias Quirúrgicas acompañado por su madre, quien refirió que ***“había estado convulsionando de cinco a siete veces por día y presentó dos vómitos de sangre y sangrados rectales”.*** Estudios clínicos y endoscópicos realizados, no demostraron causa orgánica asociada y, durante ninguno de los internamientos, se pudo corroborar que presentara ***“sangrados y/o convulsiones”.***

El médico tratante en el Servicio de Medicina 5, le informó verbalmente a la madre que lo que ella refería era diferente a lo encontrado desde el área de salud, y que, lo únicamente explicable clínicamente, era la “anemia crónica”, causada posiblemente por una alimentación inadecuada y el no suministro del hierro. Posterior a dicha confrontación, la madre presentó un pañal manchado con sangre, indicando que era la “prueba” de los sangrados de “G”. De inmediato el médico revisó al niño y no halló evidencia de sangrado. Se lo comunicó a la madre, y ella al momento se desvaneció, al parecer simulando un desmayo. Por la condición de la señora, se le extrajo una muestra de sangre que fue analizada en el laboratorio, y resultó ser tipo (B+), similar a la que tenía el pañal, y diferente a la del niño (O+). Se presumió por las características, que podía ser de su menstruación, lo que posteriormente aceptó a la investigadora. Por la forma en que la madre se desvaneció impresionó al personal tratante, que era una crisis de tipo conversiva y no convulsiva como ella les quiso hacer creer. A partir de ese evento, la madre se ausentó del centro hospitalario y no volvió a visitar a “G”.

Según se documenta en el informe social, días después la mamá solicitó ser atendida en el Servicio de Emergencias del Hospital México, donde fue dejada en observación con el diagnóstico de: “amnesia post trauma”, al respecto, se tenía como historia de ingreso que se “había caído de un autobús”.

En base a lo identificado por la Trabajadora Social a cargo de esta situación, el padre informó y corroboró una psiquiatra del Hospital Calderón Guardia, que la madre había estado ese nosocomio, previo a su traslado al Hospital México. En opinión de la médica, la madre presentaba trastornos psiquiátricos que podrían colocar en riesgo a sus hijos.

El resumen de los servicios consultados es: Consulta Externa (seis consultas por vómito, heces sanguinolentas y fiebres), Centro de Diagnóstico (cinco consultas por diagnóstico presuntivo de estreñimiento y por la anemia), Hematología (consultas varias por anemia), Neurología (cinco consultas por diagnóstico aparente de epilepsia (convulsiva, primaria), y Gastroenterología (cuatro consultas por supuesto sangrado digestivo bajo). Los exámenes y procedimientos que se le realizaron a “G” para corroborar- descartar lo referido por la madre fueron entre otros: radiografías de abdomen, de tórax, de cráneo, ultrasonidos de abdomen y de cráneo, electroencefalograma, colon por enema, rectoscopia, gammagrafía de intestino, gastroscopía. También recibió tratamiento con fenobarbital por las supuestas convulsiones.

Caso 2: “T”

Niña de 6 años de edad, quien ingresó al Servicio de Endocrinología en el año 2001 por presentar como diagnóstico médico: ***“Diabetes Mellitus tipo MODY, descompensada”***. Su situación

fue referida al Servicio de Trabajo Social, 6 días después de su ingreso, en términos de: ***“Paciente presenta cuadro de hipo e hiperglicemias, sin causa médica aparente. Madre es diabética y recibe glibenclamida”***.

En coordinación con los médicos tratantes de los Servicios de Endocrinología y Psiquiatría, se decidió continuar con la hospitalización de la niña para realizarle los exámenes respectivos, con el fin de conocer qué causa endógena o exógena estaría provocando estas alteraciones en la glucosa de la sangre de “T”. Posterior a dichos exámenes se logró descartar Diabetes y por lo tanto, la definición de causa exógena asociada. Las características de la situación que se fueron identificando sobre todo del área médica, sugerían que la enfermedad referida por la madre, era ficticia.

La niña tuvo un total de cinco internamientos: en el Servicio de Endocrinología del HNN, en el Hospital William Allem de Turrialba y en el Hospital Max Peralta, asimismo, múltiples consultas en los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS) de diferentes localidades. En cada uno de estos lugares se partió de la historia clínica supuestamente referida por la madre, en la que mencionó que “T” era ***“conocida diabética”***. Lo anterior, hasta que se documentó lo contrario en el primero de los centros y durante la última hospitalización, se identificó el trastorno facticio por poder como diagnóstico explicativo.

Según se registra en el expediente clínico, en el HNN la progenitora brindó como historia que su hija presentaba hipo e hiperglicemias (niveles de azúcar bajos y altos, respectivamente), según los resultados obtenidos en los exámenes (glicemias) que ella misma le realizaba. Para estos exámenes se utiliza una máquina en la que se coloca una gota de sangre de la persona y después de algunos minutos, registra el nivel de la glucosa. Sin embargo, se encontraron discrepancias, por lo que no fue posible identificar el tipo de supuesta Diabetes, y se ubicó inicialmente en el tipo MODY, presentación muy inusual según médicos endocrinólogos.

Después de los exámenes correspondientes, se descartó que presentara Diabetes y que las hipo e hiperglicemias fueran provocadas por alguna causa orgánica. Según la madre, la niña era portadora de esta enfermedad desde los dos años de edad cuando la llevó a consultar el EBAIS de su comunidad, no obstante esto no se documenta en el expediente de la niña en ese centro.

Como medida de protección y con el fin de conocer si la presencia de los padres se relacionaba con la aparición de supuestos niveles inadecuados de glucosa, se le suspendió la visita a toda persona.

Desde la propia voz de “T” en ese periodo de “aislamiento”, se obtuvo como información que: “mi mamá todos los días me da una pastillita para curarme”, misma que no fue recomendada médicamente. Como parte de la investigación, la madre aclaró que el medicamento que le daba a “T” era de “Glibenclamida” y la obtenía de las que le recetaban a ella por su supuesta Diabetes. El personal

médico tratante consideró que dicho medicamento cuenta con características que pudieron provocar alteraciones en la glucosa de la sangre, que clínicamente eran inexplicables.

Desde que la toma de glicemias fue responsabilidad del personal de Enfermería, los resultados obtenidos se ubicaban en niveles normales para su edad.

Fue presumido por profesionales a cargo del caso, que si verdaderamente la madre era diabética, los resultados de los exámenes que mostraba podía ser suyos y no de la niña.

El desarrollo físico de “T” según especialistas no coincidía con la historia de enfermedades registradas en los expedientes, ya que en todo momento se mostró de buen apetito, contenta, tranquila y cooperadora.

Cabe señalar, en relación con los procedimientos que se le realizaron a la niña, que además de los distintos exámenes de laboratorio, se vio expuesta, al parecer de parte de su madre, a las muestras de sangre (glicemias) a diario, durante varias veces al día y a que se le permitiera comer únicamente alimentos recomendados para personas diabéticas.

3.4. Percepción de la familia sobre el problema:

Uno de los objetivos de la investigación es valorar la percepción de la familia para definir lo que ellos exponen como “*el problema*”, razón por la que se considera lo que expresaron abiertamente al respecto, al momento de realizadas las entrevistas para la tesis y algunos comentarios documentados en los informes sociales y en los expedientes clínicos, durante la valoración del diagnóstico.

Se utilizó una pregunta abierta, general, que brindara la oportunidad a las personas de expresar su opinión y percepción del “*problema*”. Algunas de las respuestas más significativas son:

Según la madre de “G”: *“El problema era que no dejaban que yo tocara a “G”. Yo exageré con él, se me pasó la mano, pero no tenía intención de matarlo, pero si me lo hubieran dejado, se hubiera muerto... Yo necesitaba que “G” estuviera enfermo para ver a ----- (nombre del padre). Exageré para llamar la atención de----- (nombre del padre). Usé la sangre de menstruación cuando el doctor me dijo que si “G” no sangraba, me iba a meter en problemas. La mentira se dio y después tuve que seguir mintiendo, no pude parar. Si hubiera seguido hubiera matado a “G” inconscientemente.”*

Según “T”: *“Si yo vivo con mi mamá, ella me puede enfermar de nuevo y entonces yo tendría que venir otra vez aquí (Hogar CUNA). Lo que pasó es que mi mamá está enferma todavía, y yo no puedo estar con ella hasta que se componga”. En opinión de su madre: “Es que yo la estuve agrediendo psicológicamente. Yo necesitaba tenerla enferma para que nadie me la tocara, solo yo. Empecé a mentir, tenía que mentir para que me creyeran. Después eso se hace rutinario. Yo tenía dos vidas, una quería a “T”, otra estaba en proceso de asesinato pero no era consciente de eso. Si no me*

la quitan seguro la hubiera matado. Yo le daba tres pastillitas al día para que pensaran que estaba enferma”. El padre manifestó: “Ahora yo entiendo que ----- (nombre de la madre), tiene una enfermedad, ella no es mala, es solo que estaba enferma y estaba enfermado a la chiquita”.

En general, existen diferentes percepciones del “problema” por el cual la familia recibió atención en el HNN. Se identifica una importante variación en la percepción de las madres posterior a que recibieron atención psicológica o psiquiátrica -exclusiva para ellas- de las que no lo hicieron (tres a tres).

4. PROPUESTA DE INTERVENCION:

En base con la revisión bibliográfica, la experiencia de la autora en el manejo de casos con trastornos facticios por poder desde el CEINA y el aporte de las normas y procedimientos de atención del Servicio de Trabajo Social, se brinda una propuesta que registra las principales funciones del/a Trabajador/a Social cuando recibe una interconsulta por sospecha del diagnóstico:

4.1. Contexto en el que surge la interconsulta:

El médico tratante del niño, niña o adolescente sospecha la existencia del trastorno facticio por poder. Previo a solicitar la intervención de otras disciplinas por su sospecha, debe descartar como condición sine quanon, problemas orgánicos que expliquen la sintomatología identificada, es decir, realizar un diagnóstico diferencial.

El médico tratante refiere el caso al CEINA, al Servicio de Trabajo Social y al de Psiquiatría y Psicología, para la respectiva valoración por la sospecha.

4.2 .Funciones técnicas del (la) Trabajador (a) Social:

4.2.1. La interconsulta debe de tener claridad en la sospecha del diagnóstico y si no la tiene, es necesario coordinar con el funcionario íter consultante para conocer si pese a esto, la valoración es solicitada por ese motivo.

4.2.2. El caso es discutido con el médico tratante y con otros funcionarios que han estado directamente involucrados en la atención del niño, niña o adolescente.

4.2.3. Definir de entre el equipo tratante al profesional que se encargará de coordinar el proceso investigativo, con el fin de agilizar los procedimientos. Estratégicamente se recomienda una persona neutral en cuanto al tipo de relación que tenga con la familia, es decir ni que haya sido inconscientemente alianza para la madre, ni que represente una figura desafiante.

4.2.4. El caso se presenta en el CEINA, para la discusión, el análisis y las recomendaciones respectivas. Se continúa presentando la evolución del caso en sesiones posteriores, con información que se va obteniendo a través del proceso.

4.2.5. Se revisa el expediente clínico de la persona menor de edad de forma exhaustiva, para conocer detalles de las consultas, hospitalizaciones, síntomas, apreciación de personal de salud sobre el problema y resultados de los exámenes realizados. En todo momento debe existir una coordinación permanente con el médico y equipo que consultó.

4.2.6. De la misma forma, se consultan los antecedentes sociales en el Servicio, en caso de que existan, para obtener el motivo de consulta y las acciones realizadas en ese momento. Asimismo en otras instituciones como el Patronato Nacional de la Infancia (estado del caso: activo- inactivo), y otras organizaciones

4.2.7. Se llevan a cabo sesiones individuales con la madre, el padre y el niño en un primer momento. Por el tipo de dinámica y la amenaza que las familias suelen tener al ser referidos al Servicio de Trabajo Social, es recomendable explicarles que la valoración social es complementaria a la de otras áreas, para definir con mayor exactitud el problema del niño (a).

4.2.8. Documentar en las entrevistas: datos generales de cada miembro del grupo familiar, detalles de las supuestas enfermedades, centros en dónde se ha atendido al niño (a), y lugares en los que ha vivido la familia, entre otros.

4.2.9. Profundizar en las historias de vida de los padres, principalmente de la madre y del niño en atención.

Algunos ejes para reconstruirla son:

- a. Infancia: Características de los subsistemas familiares, eventos que pudieron haber sido traumáticos, nivel de instrucción, historias de abuso, componentes de salud física, mental y social.
- b. Adolescencia: Cómo transcurrió, uso de drogas, relación con pares, entre otros.
- c. Adultez: Relación de pareja, con los hijos, con el paciente designado, otros asuntos relativos a la salud física, mental y social. Identificar historia de abortos y muertes a nivel familiar.
- d. En el paciente: Etapa perinatal, prenatal y postnatal. Clarificar elementos referentes a embarazo no deseado.

4.2.10. Triangular la información obtenida de diferentes fuentes (documentos- familia- profesionales) sobre cada uno de los aspectos a considerar, a fin de corroborarla o descartarla.

4.2.11. Programar la realización de sesiones conjuntas para identificar congruencias e incongruencias en la información.

4.2.12. Evaluación domiciliar y del ambiente microsocial.

4.2.13. Realizar valoración domiciliar y entrevistar por separado a otros familiares, vecinos y docentes del centro educativo, (en caso de que el niño se encuentre incorporado) acerca de: la percepción del problema y la familia, comportamiento del niño (a) en presencia y ausencia de la madre, si han observado los síntomas, si conocen de ayudas económicas a raíz del problema, entre otros aspectos.

4.2.14. Valoración de redes de apoyo a nivel familiar, comunal e institucional.

4.2.15. Con la solicitud por escrito, coordinar con la Dirección Médica de cada centro de salud, la necesidad de revisar los expedientes clínicos del niño (a), padres y hermanos, para obtener información documentada.

Entre otros datos interesan: datos personales, exámenes realizados y resultados de los mismos; servicios tratantes; motivos de consulta y la fecha respectiva; y número de consultas y hospitalizaciones.

4.2.16. La información obtenida debe ser analizada en conjunto otros profesionales intervinientes, con el fin de identificar congruencia e incongruencias.

4.2.17. Conocer la evolución médica del niño y la información que pueda ofrecer el personal de enfermería u otro.

4.2.18. Los hallazgos deben de anotarse permanentemente en el expediente clínico. Es necesario al respecto, tomar una serie de medidas, ya que las personas perpetradoras se las agencian para conocer exactamente qué dijo quién y posteriormente intimidar.

4.2.19. Según los resultados de la investigación y con los aportes de los resultados de otros profesionales, debe de definirse la existencia o no del diagnóstico.

4.2.20. Se determinan conjuntamente las acciones a seguir y por escrito se les notifican a los padres o responsables de la persona menor de edad.

4.2.21. Elaborar el informe social correspondiente.

4.2.22. Dependiendo de los elementos de riesgo y/o protectores identificados valorar necesidad de:

- Notificar ⁵ a los padres por escrito los resultados de las valoraciones profesionales y las decisiones tomadas en Interés Superior de las personas menores de edad. Debe darse énfasis, cuando sea el caso, a que después de los exámenes realizados, no se encontró ninguna enfermedad de fondo. Las notificaciones deben ser comprensibles y consecuentes al nivel socioeducativo de las personas a quienes se dirigen.

- Planteamiento de la denuncia en el Ministerio Público, desde donde se encargan de determinar el tipo de delito. De los casos en estudio, en el de “G” se definió como presunto delito, el incumplimiento de deberes de asistencia, falsedad ideológica y abuso de la patria potestad. La sospecha debe estar

claramente documentada, y preferiblemente sin contradicciones entre disciplinas para que se fundamente.

- Referir el caso al Patronato Nacional de la Infancia, Oficina local respectiva solicitando medidas de protección como:

Avalar decisión de suspender la visita de toda persona para estudiar evolución del niño (a), sin la presencia de la persona que se presume está perpetrando el trastorno.

Dictar medida de abrigo temporal del niño, niña y adolescente. Generalmente en casos de abuso en otras manifestaciones, se valora la posibilidad de reubicación con algún familiar como primera instancia, pero no se recomienda esta estrategia, a menos que la persona perpetradora no tenga ningún contacto con la responsable, ya que la experiencia refleja que se las agencian para sabotear las medidas ya dictadas. En uno de los casos que por criterio de selección no fue analizado, se tiene como antecedente que la madre en visita supervisada del niño en un albergue, le suministró la misma pastilla con la que supuestamente lo intoxicaba, razón por la que reingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos. En base con lo anterior, se recomiendan centros públicos o privados que hayan atendido a otros niños/as en esta situación, porque generalmente cuentan con mayor información y experiencia para su manejo.

Orden de tratamiento psicológico o psiquiátrico en régimen de internación o tratamiento ambulatorio para el presunto ofensor.

Medida de seguimiento.

4.2.23. Las decisiones que se tomen deben ser informadas formalmente y por escrito a los padres y/o representantes legales, en cumplimiento con el Debido Proceso. Este tipo de familias generalmente recurren a su derecho de plantear Recursos de Revocatoria en el plazo establecido, y con orientación de un profesional en Derecho.

La intervención del profesional en Trabajo Social en el equipo CEINA, es fundamental para obtener información referente al caso en otros escenarios de interacción del grupo familiar, porque posee una visión integral de la situación problema y del entorno.

Como lo anota Natalio Kisnerman en Villegas (1999:37), *“El Trabajador Social nunca se enfrenta a una situación- problema en abstracto, independiente de las personas a las que afecta, esto le exige asumir una identificación empática inicial (ponerse en el lugar de) pero con la seguridad personal y profesional de poder objetivarla, es decir con la distancia instrumental necesaria para poder reflexionar acerca de la situación problema de esa persona, grupo o comunidad y realizar un*

diagnóstico tonel objetivo de transformarlo en una acción o intervención conjunta con las personas”. En este caso, las decisiones deben ser acordes al INTERES SUPERIOR del niño, niña o adolescente en particular.

5. CONSIDERACIONES GENERALES:

Los trastornos facticios por poder constituyen una manifestación de abuso contra personas menores de edad, cuyos criterios diagnósticos son particulares y técnicamente diferentes a los utilizados en otras manifestaciones. Sin embargo, entre sí se caracterizan por presentar un inadecuado ejercicio del poder, que en este caso, es de parte de las madres, a quienes socialmente se les priva del mismo en los distintos escenarios.

En el Hospital Nacional de Niños se ha dado un incremento de casos en los que se sospecha del trastorno, posiblemente porque existe mayor interés y conocimiento sobre el tema. De éstos, en su mayoría cuentan con patologías orgánicas, que si bien están corroboradas clínicamente, no corresponden a los síntomas descritos. Esto dificulta la definición diagnóstica.

Los estereotipos y mitos transmitidos a través de patrones socioculturales intergeneracionales tienden a denigrar a la mujer y ubicarla en una posición subordinada, en función de los otros, lo que influye en la percepción que tiene la familia y los profesionales tratantes sobre el trastorno.

Uno de los aspectos que se relacionan con el uso inadecuado del poder, es el adultocentrismo, por medio del cual, las personas adultas justifican a los hijos/as como de su propiedad, por lo que se sienten con el “poder” que les permite hacer con ellos lo que deseen. En el caso de los trastornos facticios, esta no es la excepción, sobre todo si se considera que existe un vínculo de confianza y apego entre la madre y los niños/as, lo que influye en que los últimos/as deseen complacer a las primeras.

Algunas de las formas en que las personas menores de edad están siendo agredidas en esta manifestación, son:

Se les realizan procedimientos innecesariamente dolorosos o no. Algunos de ellos con una serie de requisitos igualmente incómodos, como la toma de muestras de orina, heces y sangre y el permanecer en ayunas.

Están hospitalizados por periodos prolongados de tiempo, lo que les aleja de actividades cotidianas de un niño sano físicamente y les expone a un alto riesgo de adquirir infecciones.

Se les impide relacionarse con niños de su misma edad en otros contextos.

El ambiente de los centros de salud se torna desgastante física y mentalmente.

Se les excluye de asistir al sistema educativo formal de forma constante.

Se afectan áreas de la niñez relacionadas con la independencia y la creatividad.

Permanecen en relaciones caracterizadas por dobles mensajes lo que les confunde.

La percepción que tienen las personas conocidas con respecto a ellos y el supuesto desahucio (con lo que conlleva la connotación del término), tiende a desvalorizarlos.

Esta manifestación de abuso, al igual que las otras, no se presenta de forma “pura”, sino que se interrelacionan entre sí. Los trastornos facticios por poder involucran, además, abuso físico porque se están dañando funciones vitales del niño/a con la aplicación de medicamentos y tratamientos innecesarios, asimismo abuso emocional, mediante insultos, sobreprotección excesiva que limita el desarrollo del niño, privando el adulto centrismo.

Es fundamental la definición de un diagnóstico diferencial oportuno, y cuando los mismos presentan categorías que colocan en riesgo a la persona menor de edad, documentarlo como nuevas formas de abuso.

El papel del y la Trabajadora Social es fundamental en la identificación del diagnóstico, específicamente para obtener la información desde las distintas fuentes, considerando su visión holística del entorno, y cómo se relacionan los distintos subsistemas, ya que cuenta con características en su formación que le permiten identificar los elementos de riesgo y /o protectores asociados.

Notas

1. La historia de vida del Barón de Munchausen ha sido base de numerosas investigaciones que han relacionado sus relatos con las parábolas mencionadas en la Biblia por Jesucristo. Este personaje nació el 11 de mayo de 1720 en Bodenwer y murió el 22 de febrero de 1797 (Espinosa, Figueiras y Espinosa; 2000).
2. Presentes al momento de la valoración social (*familia de origen*) versus momento del proceso investigativo (*familia actual, niños(as) reubicados(as)*).
3. En cumplimiento con lo contemplado en el CNA, acerca del derecho de las personas menores de edad, a la privacidad y a la imagen y como compromiso adquirido con la población del estudio por medio del Consentimiento Informado, no se utilizan los nombres reales, en su lugar, se denominan con una letra, que permite distinguir uno de los otros.
4. Se considera historia clínica, aquella que se documenta en expedientes clínicos e informes sociales y registra los procedimientos que dieron origen al diagnóstico del estudio.
5. Según Cabanellas; 2003, es el “Acto de dar a conocer a los interesados, la resolución recaída en un trámite o asunto. Documento en el que se consta tal comunicación y donde deben figurar las firmas de las partes o sus representantes. Comunicación de lo resuelto por la autoridad de cualquier índole”. Para efectos del presente, puede entenderse como el procedimiento a través del cual, se le dan a conocer por escrito a los padres o encargados legales, adolescentes y demás familiares involucrados en el cuidado de las personas menores de edad, las decisiones tomadas en torno al caso, y los motivos que

las fundamentan. Esto en cumplimiento del derecho a la información y a la respuesta inherente a toda persona.

En acatamiento de lo anterior y por asesoría del área legal desde el CEINA, el Servicio de Trabajo Social, se ha comprometido a realizar notificaciones administrativas. Cabe señalar que los notificados, pueden plantear un recurso de Revocatoria ante el Servicio de Trabajo Social y de apelación ante la Dirección General del Hospital, en el agotamiento de la vía administrativa, según lo establece el Artículo #346, de la Ley General de la Administración Pública.

Referencias Bibliográficas:

Asociación Psiquiátrica Americana. (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana. Cuarta Edición. Estados Unidos.

Barquero, Katherine. (2004). Factores sociofamiliares asociados al abuso contra niños y niñas en la manifestación de trastornos facticios por poder. Tesis para optar por el Grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Caballeras de Torres, Guillermo. (2003). Diccionario Jurídico Elemental. Editorial Heliasta. Buenos Aires, Argentina.

CEINA. (2001). Estadísticas del 2000, casos atendidos por abuso infantil. Hospital Nacional de Niños. Costa Rica.

CEINA. (2002). Estadísticas del 2001, casos atendidos por abuso infantil. Hospital Nacional de Niños. Costa Rica.

CEINA. (2003). Estadísticas del 2002, casos atendidos por abuso infantil. Hospital Nacional de Niños. Costa Rica.

CEINA. (2004). Estadísticas del 2003, casos atendidos por abuso infantil. Hospital Nacional de Niños. Costa Rica.

CEINA. (2005). Estadísticas del 2004, casos atendidos por abuso infantil. Hospital Nacional de Niños. Costa Rica.

CEINA. (2006). Estadísticas del 2005, casos atendidos por abuso infantil. Hospital Nacional de Niños. Costa Rica.

De Ridder, Lissy y Hans Hocktra. (2000). Manifestations of Munchausen Syndrome by Proxy. *Pediatric Gastroenterology and Nutrition*;31, 208-211. lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, Estados Unidos.

Eisendrath, Stuart. (s.f.). Trastornos Facticios. Estados Unidos.

Guandolo, Vincent. (1985). Munchausen Síndrome by Proxy: An Outpatient Challenge. *Pediatrics*, Volume 75, Number 3, 526-530. American Academy of Pediatrics.

Hospital Nacional de Niños. (1996). Normas para el Estudio Integral del Niño Agredido. Comité de Estudio Integral del Niño, Niña y Adolescente Agredido/a. Costa Rica.

Hospital Nacional de Niños.(1997). Protocolo para la atención de la violencia en niños, niñas y adolescentes. Departamento de Trabajo Social, H.N.N, San José Costa Rica.

Kaufman, Keith y Daniel, Coury. (1989). Munchausen Syndrome by Proxy: A survey of Professionals Knowledge. Columbus Children Hospital. Child, Abuse and Neglect, Volume 14, 141-142.

Loredo, Arturo y Julio Sierra. (1991). Maltrato al Menor: Síndrome de Munchausen en Niños: informe de dos casos. Bol Med Hosp Infant México;48, 121-125. México.

Malatack, Jeffrey, et al. (1985). Munchausen Síndrome By Proxy: A New Complication of Central Venous Catheterization. Department of Pediatrics, Childrens Hospital of Pittsburgh, Pediatrics Volume 75, Number 3.Estados Unidos.

Meadow, R. (1977). Munchausen síndrome by proxy. The hinterland of child abuse. Lancet 1977.

McGuire, Tona y otros. (1989). Psychological morbidity of Children Subjected to Munchausen Syndrome By Proxy.Pediatrics, Vol 83, No. 2. Estados Unidos.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (1995). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Volumen 1. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. (1995). Décima revisión. Volumen 1.

Quesada, Ana y Rocío Amador. (1996). Síndrome de Munchausen By Proxy. Hospital Nacional de Niños. Costa Rica. *Sin publicar*.

Reece, Robert. (1990). Manifestaciones raras de maltrato infantil. División of General Academic Pediatrics. Estados Unidos.

Rosen, Carol, et al. (1983). Two Siblings with Recurrent Cardiorespiratory Arrest: Munchausen Síndrome by Proxy of Child Abuse. Departament of Pediatrics, Neurology, and Psychiatry, Baylor College of Medicine, Houston. Pediatrics Volume 71, Number 5. Estados Unidos.

Rosenberg, Dona. (1987). Web of deceit: A literature review of Munchausen Syndrome By Proxy. Child Abuse and Neglect, Volume 11, 547-563.Estados Unidos.

Sell, Fernando. (2002). El Foro. *Revista del Colegio de Abogados de Costa Rica*. Año 1, Número 1, mayo 2002. Costa Rica.

Servicio de Trabajo Social. (2006). Categorías de problemáticas sociales de atención. Hospital Nacional de Niños.

Treguear, Tatiana. (2001). Abuso infantil: Algunos aspectos conceptuales. Fundación PROCAL. Costa Rica.

Videla, Mirta. (1997). Maternidad, mito y realidad. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.

Zitelli, Basil y otros. (1987). Munchausen Syndrome By Proxy and its professional participants. American Journal of Diseases of Children, 1099-1102. Estados Unidos.

OTRAS FUENTES

Legislación

Asamblea Legislativa. (1998). Código de la Niñez y la Adolescencia. República de Costa Rica.

Diario Oficial La Gaceta. Decreto Ejecutivo 30007 publicado el 07-12-01. Reglamento para los Comités de Estudio del Niño, Niña y Adolescente Agredido. San José, Costa Rica.

