



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL
RECONOCIMIENTO DE PADRES Y REPRESENTANTES CON CRITERIO
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODER EN EL
SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
PARA EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2011**

**Autoras: Farraes Yenire
C.I. No. 16452187
Mejía Daniela
C.I. No. 17401505**

TUTOR: Prof. Lenys Arias

Caracas, octubre de 2011

**COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL
RECONOCIMIENTO DE PADRES Y REPRESENTANTES CON CRITERIO
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODER EN EL
SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
PARA EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2011**

*Estamos destruyéndonos a
nosotros mismos con eficacia por
la violencia disfrazada de amor.*

Ronald Laing

CONTENIDO

EPÍGRAFE	ii
DEDICATORIA	iii
RECONOCIMIENTO	v
SUMARIO	vi
LISTA DE CUADROS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN	xi
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

Planteamiento del problema	4
Objetivos de la investigación	13
- General	13
- Específicos	13
Justificación	14

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

Antecedentes	16
Bases teóricas	21
- Desarrollo evolutivo del niño	21
- Participación de enfermería en el cuidado del niño	25
- Enfermería en salud mental y psiquiatría	27
- Clasificación del DSM-IV-TR	29
- Maltrato infantil	31
- Síndrome de Münchhausen por Poder	34
- Manifestaciones clínicas del niño maltratado	42
Descripción de la variable	44
- Competencias del profesional de enfermería	44
- Habilidad práctica y cognoscitiva	45

- Lesiones de tipo físicas	46
- Lesiones de tipo psicológicas	47
- Pseudología fantástica	47
- Relación padre-hijo	48
- Cuidados que brinda el padre al niño	49
Participación de enfermería ante el padre con SMP	50
Modelo teórico de Dorothy Jhonson	51
Teoría del psicoanálisis de Sigmund Freud	53
Bases legales	57
Sistema de Variables	63
Operacionalización de la variable	65
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	
Tipo de estudio	68
Diseño de investigación	69
Población	69
Muestra	70
Método e instrumento para la recolección de datos	71
Validez del instrumento	72
Confiabilidad	72
CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	74
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	110
Guía de entrevista dirigido al profesional de enfermería	111
Matriz prueba de confiabilidad	
Certificado de validez (psiquiatría)	
Certificado de validez (psicología)	

Certificado de validez (Metodología)

Certificado de validez (enfermería psiquiátrica)

DEDICATORIA

A mi guía, el Señor Todopoderoso por darme las fuerzas, ánimos y conocimientos necesarios y por estar en mi en todo momento de mi carrera y mi vida.

A mi compañera Daniela Mejía por su apoyo, tolerancia y compañía mientras compartíamos todo momento en la realización de este trabajo.

A la Profesora Lenys Arias, por su cariño y paciencia, por los momentos llenos de sabiduría y consejos.

Yenire Farraes

DEDICATORIA

A Dios por guiarme, iluminarme y evitar que perdiera las fuerzas y siguiera adelante para cumplir mis metas.

A mi padre y a mi madre por su apoyo y amor incondicional, quienes con tanta comprensión y paciencia me ayudaron en todo momento a seguir adelante y me alentaron a seguir adelante pese a los obstáculos.

A mi pareja, quien con tanta paciencia y apoyo estuvo conmigo en las buenas y en las malas, haciendo más fácil mi camino y ayudándome a ser cada vez mejor.

A mi amiga y compañera Yenire Farraes, que con tanta tranquilidad y tolerancia supo comprenderme y con esfuerzo junto con ella logramos nuestra meta.

A la Profesora Lenys Arias, excelente ser humano, que con su apoyo, su sabiduría y consejos hicieron posible lo mejor para el trabajo.

Daniela Mejía

RECONOCIMIENTO

En la realización de este trabajo participaron directa e indirectamente personas sin las cuales hubiese sido imposible la culminación del mismo.

A la Profesora Lenys Arias, nuestra tutora, quien dedicó gran parte de su valioso tiempo en dirigirnos y orientarnos con sus sólidos conocimientos, excelente pedagogía y gran ética profesional; por apoyarnos, tener fe y confianza en nosotras; por su exigencia y disciplina en los momentos necesarios; por el cariño y la paciencia demostrada, hasta lograr que cumpliéramos con los requisitos indispensables para la elaboración de este trabajo.

A las Profesoras Liz Quintero, Maria Antonieta Lombardi y Nidia Machuca por sus valiosas observaciones y sugerencias.

A la Profesora Lilia Betancourt, quien nos orientó y asesoró en la realización de la metodología de esta investigación.

Al personal Directivo, Coordinadora Docente, y personal de enfermería seleccionados, por el apoyo y el interés demostrado en la participación y colaboración de la puesta en práctica de este estudio.

A todas aquellas personas e instituciones que de una u otra forma aportaron sus conocimientos, servicios y experiencias para la culminación exitosa de este trabajo.

Nuestro cariño y agradecimiento
LAS AUTORAS

LISTA DE CUADROS

CUADRO	p.
Operacionalización de las variables	65
Edad	75
Sexo	77
Nivel de instrucción	79
Tiempo de servicio	81
Especialidad o formación específica	83
Lesiones de tipo físicas en el niño	85
Lesiones de tipo psicológicas en el niño	88
Pseudología fantástica	91
Relación padre – niño	94
Cuidados esenciales del padre al niño	97

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO	p.
Edad	76
Sexo	78
Nivel de instrucción	80
Tiempo de servicio	82
Especialidad o formación específica	84
Lesiones de tipo físicas en el niño	87
Lesiones de tipo psicológicas en el niño	90
Pseudología fantástica	93
Relación padre – niño	96
Cuidados esenciales del padre al niño	99

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de Padres y Representantes con criterio diagnóstico del Síndrome de Münchhausen por Poder en el servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011.

**Autoras: Farraes, Yenire
Mejía, Daniela
Tutora: Arias, Lenys
Año: 2011**

RESUMEN

El propósito de este estudio es caracterizar las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterio diagnóstico del Síndrome de Münchhausen por Poder en el servicio de pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, apoyándose en el Modelo de Sistemas Conductuales de Dorothy Jhonson y la Teoría del Psicoanálisis de Sigmund Freud. La investigación es de tipo descriptiva, basado en el proceso causal, efecto deseado, eventos intervinientes, en un diseño de campo de fuente viva. La población es de tipo finita y la muestra, objeto de estudio, estuvo conformada por 15 profesionales de enfermería que laboran en el servicio de pediatría del Hospital Universitario de Caracas en las distintas áreas de medicina pediátrica, pediatría quirúrgica y emergencia pediátrica en los turnos de la mañana y la tarde; su selección fue intencional. Para recabar la información se les aplicó una entrevista de 25 ítems, con opciones de respuestas dicotómicas sí y no. El análisis e interpretación de los datos se realizó mediante la estadística descriptiva que consiste en describir los datos obtenidos para cada dimensión de la variable; se elaboraron tablas de distribución de frecuencias presentándose así

la información recabada en gráficos de barra. De los resultados obtenidos se deduce que los profesionales de enfermería que laboran en el área de pediatría aún cuando se evidenció que valoran, observan, perciben e identifican una gran parte de las características de los padres y las lesiones físicas y psicológicas presentes en el niño, a su vez carecen del conocimiento o la habilidad cognoscitiva que es necesaria para identificar este síndrome. Esto demuestra el desconocimiento del término y para ello se recomienda la implementación de seminarios o charlas para actualizar los saberes y mejorar la calidad del cuidado en el paciente pediátrico.

INTRODUCCIÓN

A través de la historia, estudiar el comportamiento y conducta de los niños se ha generado por muchas propuestas técnicas en las cuales se ha establecido que las formas de relación y de crianza tienen que ver con las características sociales y culturales de cada época. En las diversas culturas los niños representan el futuro de la sociedad y, de esta manera, los padres asumen su labor de crianza en relación con la responsabilidad social; así, las acciones con los niños se encaminan para hacer de ellos los seres humanos que la sociedad y los padres desean. En este sentido, algunas prácticas de los padres tienen una legitimidad social de “hacer lo que quieran con su hijo” con tal de que en el futuro sea una buena persona.

En el siglo XX se transformó la sociedad y se avanzó en los derechos del hombre y velar por los del niño, lo que contribuyó en forma progresiva en la mortalidad infantil, mejorar la asistencia sanitaria, la educación, etc. En el mismo sentido en ese siglo se logró una mayor conciencia de las demandas infantiles y de la importancia que tiene esta etapa en cualquier ser humano. En estos avances de los derechos humanos y los derechos del niño se dan sobretodo a entender el amor, el cuidado y el afecto como necesidades básicas en la crianza de los niños.

A pesar de estos cambios en la visión y el trato con respecto a los menores, en todas las épocas el maltrato infantil ha ocupado un lugar en la crianza de los niños; la diferencia se encuentra en los niveles de legitimización social y a pesar de existir los derechos de los niños persiste el maltrato infantil.

El presente estudio pretende revisar una problemática social como es el Síndrome de Münchausen por Poder (SMP), la cual debe ser considerada como una forma de maltrato infantil en la que el adulto, mediante la falsificación de datos clínicos, simula o produce una enfermedad en el menor, que aparentemente requiere atención médica. Esto cobra especial importancia sí se tiene en cuenta que el maltrato infantil y la violencia intrafamiliar constituyen una de las principales causas de morbilidad y motivo de consulta en los centros de salud del nuestro país.

Este estudio tiene como propósito, revisar la perspectiva que tiene el personal de enfermería acerca del Síndrome de Münchausen por Poder (SMP) como una forma de maltrato infantil presente en el país y a su vez poder identificar sus competencias en el reconocimiento del padre, madre o representante que cumpla con criterio diagnóstico para ser ubicado en posible caso de Síndrome de Münchausen por Poder.

El trabajo, consta de cinco (5) capítulos. En el Capítulo I, se presenta el problema de investigación, con el objetivo general y los específicos y, la justificación. El Capítulo II, está referido al Marco Teórico, en el mismo se esbozan los antecedentes de la investigación que apoyan el tema de estudio; las Bases Teóricas que fundamentan el tema de estudio; las Bases Conceptuales que describen el problema conceptualmente, sus características, elementos y la intervención de enfermería ante este caso; las Bases Legales que refieren los artículos relacionados con el estudio y por último el Sistema de Variables que definen las variables del estudio conceptual y operacionalmente seguidamente de su Operacionalización.

En el Capítulo III, se destaca el Marco Metodológico, en el que se enmarca el tipo de investigación, el diseño de ésta, la población y muestra a estudiar y las técnicas e instrumentos de recolección de datos. En el Capítulo IV se esboza la presentación y el análisis de los datos, y por último el Capítulo V presenta las conclusiones y recomendaciones. Se aspira a que ésta investigación dada su naturaleza, importancia y trascendencia, abra un compás de reflexión para que todos los profesionales de enfermería, asuman su rol y la parte de responsabilidad que les corresponde en la transformación del estado actual del comportamiento de los padres con el Síndrome de Münchhausen por Poder.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

Entre los problemas sociales que se deben considerar como tema de estudio en el campo de la enfermería y que cobra importancia cada día a nivel mundial se encuentra el “maltrato infantil”; el cual es una de las formas de violencia más preocupantes a nivel mundial debido al incremento diario del número de casos.

En su mayoría no sólo se reportan evidencias de lesiones físicas (hematomas, quemaduras, fracturas, pinchazos, mordeduras u otras) sino también reporte de formas de agresión de tipo psicológicas (insultos, desprecios, rechazos, indiferencias y amenazas) en contra de los niños. Los primeros años de vida son períodos vitales que marcan y modelan el desarrollo del niño; desde la infancia hasta la adolescencia, el niño progresa a través de una sucesión de etapas del desarrollo. (Hancock, L. 1996, p. 42-43).

Según Echeverría, P. (2002) refiere que la primera etapa del desarrollo cognitivo según Piaget, es la que denomina como senso-motora, en la misma hay ausencia de función simbólica por lo tanto el lactante no presenta ni pensamiento ni actividad vinculada a representaciones que permitan evocar las personas o los objetos ausentes. Piaget destaca la importancia de esta primera etapa:

...el desarrollo mental durante los primeros dieciocho meses es particularmente rápido y de importancia especial, porque el niño elabora a ese nivel el conjunto de las subestructuras cognoscitivas que servirán del punto de partida a sus construcciones perceptivas e intelectuales, así como ciertos

números de reacciones afectivas elementales, que determinarán de algún modo su afectividad subsiguiente...
(p.2)

Refiere el autor antes citado que en la etapa que comprende el primer mes de vida del individuo; este es activo, esta presente en las actividades espontaneas, presenta una consolidación por ejercicio funcional de los reflejos y una asimilación re-cognoscitiva que da lugar a la formación de hábitos. En la etapa que comprende del primer mes a los cuatro meses se refiere a la formación de las primeras estructuras adquiridas: los hábitos. En esta etapa surgen las primeras coordinaciones motrices como las primeras respuestas de atención, la orientación al sonido y control visual y comienza a integrarse la información sensorial. En la etapa que va desde los cuatro hasta los ocho meses se presenta en el niño la coordinación entre la visión y la aprehensión (p.2).

Para Echeverría, P. (2002) en la etapa que comprende desde los ocho a los doce meses se observan actos mas completos de inteligencia práctica, y tiene lugar tres logros significativos: se acentúa la atención a lo que ocurre en el entorno, aparece la intencionalidad, se dan las primeras coordinaciones de tipo instrumental, medios-fines (p.3). Refiere Echeverría, P. (2002) que en la etapa que va desde los doce hasta los dieciocho meses, se le suma a la conducta del niño una reacción esencial: la búsqueda de medios nuevos por diferenciación de los esquemas conocidos. La etapa que va desde los dieciocho a los veinticuatro meses, es el último estadio de la etapa senso-motora. El niño es capaz de encontrar medios nuevos que desembocan en una comprensión repentina (p.3).

Refiere Echeverría, P. (2002) que en la etapa de edad preescolar el niño avanza un proceso intelectual; va entendiendo mejor el tiempo, el espacio, la cantidad, y coordina mejor sus movimientos. En esta etapa investiga el ambiente que le rodea pero tiene una visión limitada, se produce también el proceso de socialización a la vez cognoscitivo, afectivo y moral. El niño preescolar es capaz de utilizar la palabra para expresar símbolos mentales, y esto, es necesario para comprender conceptos y objetivos. Las actividades típicas del niño en estas edades son las imitaciones, el juego y el dibujo (p.4).

Ahora bien el autor refiere que la etapa que comprende el primer año de vida, (infancia temprana de 0 a 3 años) es crítica por el apego y el vínculo entre el niño y sus padres. La autonomía y la autorregulación se vuelven objetivos durante el segundo y tercer año de vida (niñez y adolescencia), contribuyendo a la independencia en cuanto al lenguaje, el aseo y la comida (p.5). En base a lo anteriormente descrito se puede asumir que la crianza, es un constante aprendizaje que se inicia desde el nacimiento de los hijos. Esta tarea tiene gran impacto y significado en los primeros años de vida de los niños, pues es la etapa donde se forjan las interacciones entre los padres y los hijos y cuando los comportamientos y actitudes de los padres influyen de manera determinante en los hijos.

La paternidad requiere determinadas habilidades de parte de la madre y del padre, sin embargo, no todos los padres de familias son aptos para asumir esta función, de ahí la importancia de contar con diversos recursos, instrumentos, actividades y programas que guíen sus conductas y le permitan aprender a desempeñar su papel de la mejor manera. Pero para que sea posible elaborar un programa claro de ayuda a los padres y a las madres, es necesario evaluar primero los comportamientos de estos hacia sus hijos e identificar las fallas en la interacción, para luego determinar las pautas de crianzas que han de mejorarse en el hogar.

El papel de los padres en la crianza es fundamental, pero puede verse como un aspecto que está impregnado por modelos aprendidos durante su crecimiento y dependiendo de su impacto son vistos como positivos o negativos y en esta forma son reflejados en la nueva familia y en la formación de sus hijos. Sin embargo muchos de los patrones aprendidos en su familia hoy en día por el avance de los estudios del comportamiento y conducta de los seres humanos y su impacto en el primer momento de socialización pueden ser visto como inapropiados, inadecuados o como hechos que conducen a la violencia.

Según Bonis, M. (1998) la violencia familiar puede ser vista como:

Todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia, considerando como relación de abuso toda conducta que por acción u omisión ocasiona daño físico y/o psicológico a otros miembros de la familia. Debiendo ser las relaciones crónicas, permanentes o periódicas (p. 74).

El papel fundamental de la familia es de soporte, contención, abrigo, cuidado, amor y respaldo. Por ello lo educativo lleva inmerso proporción de seguridad al niño. Debe existir equilibrio permanente entre autoridad y amor, entre rivalidad y solidaridad y estos cuatro papeles son representados en la sociedad por: el padre, la autoridad; la madre, el afecto; los hermanos, la rivalidad; y el hogar, la solidaridad. (Castillo, N. N/F).

Ahora bien, en el proceso de crecimiento, crianza, relación de padres-hijos, donde el establecimiento de normas poco flexibles, incumplimiento de abrigo y protección dentro del núcleo familiar pueden ser vista como una forma de maltrato infantil. Según el Centro Internacional de la Infancia de París. (1997) citado por Huertas, J. (1997) denotan que el maltrato infantil se puede considerar como:

“Cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en un conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo” (p. 10).

En base a lo expresado por este autor, el maltrato en la etapa infantil constituye una de las problemáticas sociales más frecuentes a nivel mundial, pero menos denunciadas y poco tomados en cuenta debido a que muchas veces los padres, representantes, familia y comunidad desconoce la magnitud y repercusiones que tiene el maltrato infantil en la salud física y mental del niño. Es por ello que el personal de salud debe participar en la revisión de los aspectos sociales que inciden en el maltrato del niño, entre los cuales debe considerar la

valoración en forma integral de la familia, ya que se debe revisar los roles de relaciones y patrones sociales que preceden estas relaciones familiares de los padres y los hijos que pueden llevar implícito una forma de maltrato como un patrón de crianza adecuado.

En los niños cuando se evidencia alguna forma de maltrato se encuentra que dentro de su grupo familiar no se cumple con los roles que deben desempeñar cada uno, y surgen intensos problemas en su organización y dinámica, suelen agruparse en factores sociofamiliares y psicológicos. De acuerdo a esto, la teoría de Duvall, E. formulada en el año 1977 donde señala que enfermería puede considerar a la familia como un grupo pequeño que cambia y evoluciona en el tiempo. Refiere que la vida familiar está dividida en etapas sucesivas, que comienza en la unión de la pareja y termina con la muerte de uno de sus miembros, o con la separación física de la pareja, y en cada una de esas etapas existen deberes de la familia, que son fundamentales para la preservación y desarrollo armónico de la misma.

En consecuencia si existe inestabilidad familiar puede aparecer una serie de situaciones de orden psicológica que pudieran indicar que el niño puede estar en riesgo de maltrato. Entre las situaciones observantes se pueden tener síntomas de: intrusión, ansiedad, trastornos del sueño, miedo, temor, dificultades para concentrarse, depresión, suicidio, baja autoestima, falta de asertividad, conductas adictivas, problemas de salud, entre otros. (Huertas, J. 1997, p.10).

El trauma en la infancia puede ser producto de factores o sucesos bruscos, que se encuentra por encima de los márgenes habituales y tolerables por el niño, y hace que este se sienta temporalmente indefenso y provoque una ruptura en sus mecanismos de defensa. No se incluye como factor traumático aquel que actúa de manera brusca y repentina, sino también aquel que se produce de manera prolongada y repetitiva, provocando una situación a futuro. (Shnaiderman, D. 2002).

En base a lo anteriormente presentado se ha evidenciado el riesgo que genera el trauma, el maltrato y sus consecuencias en la vida del niño, al revisar la bibliografía en el campo de la enfermería en salud mental y psiquiatría se pudo evidenciar que existe una forma de maltrato que puede desencadenar alteración en el ámbito psicológico, cognitivo y emocional en el niño, el cual es muy frecuente pero pocas veces identificado, este tipo de maltrato se conoce como Síndrome de Münchausen por Poder (SMP). Este es un síndrome raro, poco comprendido cuya causa es desconocida, pero según Ojeda, F. (2006) el Síndrome de Münchausen por Poder constituye una forma de maltrato infantil de alto riesgo debido a las graves complicaciones e incluso la muerte que pueden derivarse del mismo provocando síntomas o signos en el niño con el objeto de buscar asistencia médica provocando que se apliquen exámenes y tratamiento innecesarios y a menudo dolorosos (p.39).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (1996) denomina este síndrome como Trastorno Facticio por Poderes, el cual se caracteriza por:

“provocar o simular de forma deliberada signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que se halla a cargo del individuo, y es un comportamiento que busca llamar la atención de los demás, tratándose generalmente de mujeres de edad media, ignoradas y relegadas en su infancia, con distintos tipos de abuso y presencia de enfermedades en el seno de la familia. Rara vez el padre es responsable, generalmente se trata de hombres perturbados y mentalmente inestables, distantes de sus hijos y no involucrados en el cuidado de estos”. (p. 302).

Según Ojeda, F. (2006) estas personas pueden atentar contra la vida del niño y su comportamiento inusual puede llegar hasta el punto de daño físico, complicaciones psicológicas como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, entre otros en el niño. En el comportamiento del agresor (padre o madre), se establece aparentemente una relación muy cercana con el niño, pero una observación más profunda de esta relación devela que éste está más atento e

involucrado en los temas relacionados con la enfermedad del niño, que con él mismo. (p. 49).

El interés principal del agresor está volcado hacia la relación con el equipo de salud y su aparente devoción lo hace quedar fuera de toda sospecha de ser considerado como un posible agresor. Sus visitas frecuentes también le dan fácil acceso para poder inducir más síntomas al niño. Estos síntomas mejoran en el hospital, pero recurren al regresar al hogar. Lasher, L. (2003) refiere que:

“estas personas puede simular síntomas de enfermedad en su niño añadiendo sangre a su orina o heces, dejando de alimentarlo, falsificando fiebres, administrando subrepticamente eméticos o catárticos para simular vómitos o diarrea. También puede usar otras maniobras como infectar las líneas intravenosas para que el niño aparente o en realidad este enfermo”. (p.16)

Para determinarlo se debe realizar un diagnóstico muy riguroso por parte del personal de salud; y es el profesional de enfermería quien debe realizar una valoración minuciosa en el área de pediatría cuando los datos clínicos y la conducta del niño no presentan coherencia a pesar de un manejo adecuado. Es fundamental que enfermería realice una valoración minuciosa de los patrones funcionales de salud cognitivo – perceptual, rol – relaciones y percepción – manejo de la salud del padre y del niño.

Durante nuestro proceso de formación como futuras profesionales de enfermería de este país, y durante las pasantías en el área de pediatría se evidenció que en las distintas áreas de pediatría médica, pediatría quirúrgica y emergencia pediátrica; en el Hospital Clínico Universitario de Caracas la asistencia es de un número importante de niños (as) que presentan en muchas ocasiones situaciones de salud que desde el punto de vista de exámenes paraclínicos no pueden ser evidenciadas como una situación aguda o crónica de que ameriten una hospitalización para tratamiento y exploraciones más profundas.

Es frecuente observar en las áreas de pediatría del Hospital Clínico Universitario de Caracas casos de niños en la etapa de lactante menor y mayor

que son ingresados porque sus padres manifiestan que ellos presentan síndrome febril no controlable, evacuaciones líquidas, llanto fácil, intranquilidad, decaimiento, entre otros.

Cuando es valorado por el equipo de salud se evidencia presencia de parámetros normales en los paraclínicos y se brindan cuidados como proceso vital. Sin embargo, durante la interacción con el personal de enfermería éste puede observar el manejo y cuidado del niño por parte de sus padres y en muchas ocasiones se evidencian un déficit en el mismo, con las consecuencia posterior que el niño se egresa a casa y a los pocos días regresa al centro de salud por estar en las mismas condiciones o complicado en un proceso vital.

Debido a la situación observada se plantean las siguientes interrogantes de investigación:

¿Conoce el profesional de enfermería lo que es el Síndrome de Münchausen por Poder? (comportamiento de padre o madre)

¿Qué información maneja el profesional de enfermería sobre el Síndrome de Münchausen por Poder?

¿Cuáles son las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de Padres y Representantes con criterio diagnóstico del Síndrome de Münchausen por Poder en el servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Caracterizar las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de Padres y Representantes con criterio diagnóstico del Síndrome de Münchausen por Poder en el servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011.

Objetivos Específicos

Identificar las habilidades y destrezas utilizadas por el profesional de enfermería en el reconocimiento de lesiones de tipo física en los niños (as) que ingresan a la unidad de pediatría del Hospital Clínico Universitario durante el primer semestre del año 2011.

Reconocer las habilidades y destrezas empleadas por el profesional de enfermería en el estudio de lesiones de tipo psicológicas en los niños (as) que ingresan a la unidad de pediatría del Hospital Clínico Universitario durante el primer semestre del año 2011.

Describir las habilidades y destrezas manejadas por el profesional de enfermería en el reconocimiento de pseudología fantástica en los padres de los niños (as) que ingresan a la unidad de pediatría del Hospital Clínico Universitario durante el primer semestre del año 2011.

Conocer las habilidades y destrezas usadas por el profesional de enfermería en la exploración de la relación padre-hijo, en los niños (as) que ingresan a la unidad de pediatría del Hospital Clínico Universitario durante el primer semestre del año 2011.

Determinar las habilidades y destrezas aplicadas por el profesional de enfermería en la indagación de los cuidados ofertados por los padres a los niños

(as) que ingresan a la unidad de pediatría del Hospital Clínico Universitario durante el primer semestre del año 2011.

Justificación

El propósito de realizar este proyecto es de analizar y ampliar el conocimiento acerca del Síndrome de Münchhausen por Poder (SMP) como una forma de maltrato infantil presente en el país y a su vez poder identificar las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento del padre o madre con el criterio diagnóstico de dicho síndrome.

Así mismo, en un futuro, esto pueda llevarse a un proyecto más profundo y no solo para que el personal de enfermería lo lleve a práctica en el servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas, sino a una dimensión espacial mucho más amplia, es decir, a nivel nacional, teniendo el profesional de enfermería la participación activa en el tratamiento y ayudar en este caso de mayor importancia. En la medida que el profesional de enfermería conozca con certeza acerca de este síndrome, les resultara factible el tratamiento y prevención de una forma de maltrato infantil en la sociedad.

El Hospital Universitario de Caracas posee un área de atención de pediatría en la cual existen reportes de varios casos de niños con maltrato. Lo que se quiere abordar con este tema es la situación en la que se encuentran los padres que poseen este Síndrome, el comportamiento de ellos sobre el niño, el por qué de su conducta e identificar a través de este estudio las competencias requeridas del profesional de enfermería al presentarse con este tipo de situaciones y de esta manera proteger a los niños víctimas de este maltrato mejorando su calidad de vida. Asimismo la institución contará con profesionales aptos y capacitados para identificar esta patología de suma importancia.

Este proyecto es una forma de reflejar que hay un problema serio no muy conocido en el país, es muy importante realizar este estudio, porque es satisfactorio poder encontrar una ayuda a estos niños que se ven afectados por el trastorno de conducta de los padres, pudiendo evitar consecuencias mayores como la muerte del niño.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

La búsqueda de información bibliográfica que sustenten teóricamente la presente investigación se inicia consultando investigaciones relacionadas, iguales o similares al presente estudio, para obtener de ellas una orientación que permita adquirir una visión mucho más amplia y significativa del problema objeto de estudio.

Antecedentes

Para ello, Molina, A. (1983), realizaron un trabajo de ascenso titulado **Una forma de maltrato por delegación: el Síndrome de Münchausen por Poder**, el cual, fue un caso estudiado que describe el material clínico de una madre con Síndrome de Münchausen por Poder que simulaba hemorragias en sus tres hijas, y a su vez se desarrolla el aspecto psicológico de la paciente tratada.

El trabajo es descriptivo y documental que describe además, las intensas emociones que se producen en el equipo interdisciplinario e interinstitucional, cuando se trabaja con una paciente con dicha enfermedad, refiere que la simulación de enfermedades, tal como lo hacia la paciente, ha sido considerada una forma de maltrato.

El estudio muestra los numerosos recursos que utilizaba la madre para tener posibilidad de seguir maltratando a las niñas de una manera indirecta, consiguiendo que, bajo engaño, los médicos realicen exploraciones y tratamientos innecesarios. Se reflejan las características de la madre con Síndrome de Münchausen por Poder que sustentaron al diagnóstico.

El estudio refleja sólo el aspecto psicológico y menciona que el síndrome está relacionado con la esquizofrenia. También se observan características histriónicas, pero por otra parte tienen conductas psicopáticas, la autora refiere que según algunos autores lo relacionan con la manía.

Otro estudio como el de Granados, N. (2005) sobre la **Responsabilidad penal de los sujetos intervinientes en el Síndrome de Münchausen por Poderes**, cuyo objetivo general es describir la importancia de emprender campañas de difusión acerca de este tipo de maltrato, a fin de que los profesionales de la salud, los operadores de justicia y la sociedad en general conozcan los perjudiciales efectos de este síndrome y cuáles son las acciones que deben tomar ante los mismos.

El tipo de investigación es exploratoria - descriptiva. El estudio refiere que en Venezuela son diversos los principios reconocidos por el ordenamiento jurídico orientado a salvaguardar a los niños y adolescentes del flagelo del maltrato infantil y así se reconocen a estos como sujetos de derechos que merecen prioridad absoluta, y de los cuales son responsables la familia, la sociedad y el estado.

El diseño de la investigación está fundamentado en el paradigma cuantitativo y se complementa con unos análisis donde se describen los elementos exigidos por la ley penal para la configuración de la responsabilidad penal, en los cuales se evidencia la concurrencia de cada uno de ellos, en lo que respecta a la conducta exteriorizada por el progenitor cuidador del niño, por lo que deben ser castigados conforme a la ley según el daño causado. Así mismo resultan responsables penalmente el médico o el personal asistencial, sólo en los supuestos en los cuales exista identidad entre éstos y el progenitor o cuidador del niño, o en el caso en que éstos hayan omitido su obligación de denunciar los hechos del maltrato infantil.

En cuanto a la técnica e instrumento de recolección de datos, el autor utilizó la ficha de registro donde se asentó la información referida a las variables objeto de estudio. Se aplicó además la modalidad de entrevista focalizada, al personal especializado con la finalidad de indagar sobre algunos aspectos característicos del sujeto maltratante y la dinámica familiar de estas personas.

Por último el autor concluye que el síndrome de Münchausen por poder revela la presencia de actos tipificados en la ley penal como delito que responden a una conducta antijurídica, imputable y culpable a éstos sujetos, ya que las conductas exteriorizadas por los mismos responden a un acto volitivo, que no encuentra adecuación con alguna de las causales eximentes de responsabilidad penal.

China, M; Rivas, I y Atagua, E. (2000), realizaron un estudio titulado **Intervención de enfermería en niños con Síndrome de Maltrato Infantil atendidos en la emergencia pediátrica del Hospital Dr. Domingo Guzmán Lander Barcelona durante el primer semestre del año 2000**. Cuyo objetivo general principal fue determinar la intervención de enfermería en niños con Síndrome de Maltrato Infantil atendidos en la emergencia pediátrica en su dimensión intervenciones asistenciales y docentes.

El tipo de investigación es descriptiva, porque busca describir las intervenciones de enfermería a los niños sometidos a maltrato infantil. Por su parte, la población estuvo conformada por siete (7) enfermeras que se desempeñan en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital Dr. Domingo Guzmán Lander y por ocho (8) padres y representantes de niños hospitalizados con Síndrome de Maltrato Infantil. La muestra está constituida por el 100% del personal de enfermería que labora en ese servicio y por el 100% de los padres y representantes de estos niños.

El método que se diseñó para obtener la información sobre el problema de este estudio y medir las intervenciones de enfermería fueron dos instrumentos tipo cuestionario constituido por preguntas cerradas de selección múltiple hacia el personal de enfermería y hacia los padres con opciones de respuesta alternativas como: siempre, casi siempre, casi nunca y nunca. También se tuvo información de la observación directa y en la revisión de historias clínicas. En la recolección de datos se aplicó el instrumento en forma individual, ratificando el carácter anónimo y confidencial de la información. Esto se realizó en un período de 24 horas (un día).

Como resultado las autoras refieren que un gran porcentaje de padres y representantes opinan que la actuación de enfermería en cuanto a su participación en el cuidado del niño con Síndrome de Maltrato Infantil es vital para determinar las acciones pertinentes en los servicios ofrecidos; ya que, es el personal que permanece con el paciente las 24 horas del día y deben esforzarse un poco más por el cuidado de estos niños, por saber escucharlos y saber abordar a los familiares.

Las autoras concluyen que las enfermeras que laboran en un área donde se encuentran estas situaciones con maltrato infantil deben esforzarse por optimizar el desempeño de sus intervenciones asistenciales y docentes dirigidas a los padres de estos niños con Síndrome de Maltrato Infantil.

La relación de esta investigación con el estudio es que hay un papel importante en el profesional de enfermería en cuanto al tema del maltrato infantil, sobretodo la importancia en el desempeño de intervenciones y participación de los mismos en este tema.

Un estudio internacional realizado por Rodríguez, L.; Gómez, M. y Del Pilar, A. (2003) sobre el **Estado del arte sobre el Síndrome de Münchausen por Poderes** tuvo como objetivo informar sobre el Síndrome de Münchausen por Poderes (SMP), dado que es una problemática poco conocida, a pesar de ser una forma de maltrato infantil.

Es un estudio de carácter documental que trata de ampliar el conocimiento acerca del Síndrome de Münchausen por Poderes como una forma de maltrato infantil. Los autores concluyen que el Síndrome de Münchausen por poderes es un tipo de abuso infantil, que se caracteriza porque un adulto responsable de un niño (en la mayoría de los casos la madre) sostiene que su hijo está enfermo y lo lleva al hospital, cuando en realidad es ella misma quien ha provocado los síntomas y la enfermedad. Refieren que es importante tener en cuenta las implicaciones de tipo psicológico y físico que intervienen en el Síndrome de Münchausen por Poder, tomando en consideración que se alude a la denominación Síndrome como un conjunto de enfermedades conducido por múltiples causas como el Síndrome del Maltrato Infantil.

Estos estudios se relacionan con la investigación a realizar, ya que habla directamente sobre el Síndrome de Münchausen por Poder mencionando que es una forma de maltrato infantil y detallando a su vez las características del perpetrador que es lo que interesa en esta investigación. Para así, de esta manera conocer los aspectos más relevantes y abordar en base a esos conocimientos a estas personas victimarias del maltrato infantil.

Las investigaciones referenciadas anteriormente, permiten tener una comprensión más amplia del fenómeno del maltrato infantil en Venezuela, incluyendo al Síndrome de Münchausen por Poderes como una forma de maltrato, tomando en cuenta que estas investigaciones se basan en la importancia de éste y la intervención de enfermería en el tema, abordando a su vez a los padres y representantes victimarios del maltrato y conociendo las características de los mismos. Esto permite una visión objetiva acerca del fenómeno estudiado, comprendiendo que el niño maltratado es el producto de una multiplicidad de causas que generan violencia intrafamiliar.

BASES TEÓRICAS

Desarrollo evolutivo del niño

Hasta hace sólo un par de décadas la visión que se tenía de las capacidades perceptivas y cognitivas de los bebés era bastante pobre. Por un lado se suponía que durante las primeras etapas de la vida el mundo perceptivo del neonato era una desorganizada sucesión de sueños y sombras, y de acuerdo con esta idea se entendía que los bebés pasaban la mayor parte de sus primeros meses de vida alternando largos períodos de sueño con escasos momentos de vigilia, durante los cuales emplearían su tiempo básicamente en comer y percibir, a lo sumo, cuadros borrosos y desorganizados.

Por otra parte, Echeverría, P. (2002) refiere que durante años la única descripción sistemática del desarrollo de la inteligencia establecía que hasta los 18-24 meses los bebés sólo eran capaces de relacionarse con su entorno y explorarlo sobre la base de habilidades motrices y sensoriales, siendo, hasta esa edad, incapaces de emplear representaciones internas sobre la realidad (p.1).

Por otra parte, Piaget (1970) trata de explicar los diferentes pasos del progreso evolutivo del desarrollo del individuo, desde su nacimiento hasta la madurez. Establece tres períodos fundamentales:

- 1. El período de la inteligencia sensorial motora.** Abarca desde el nacimiento hasta los dos años. Durante esta etapa, el niño evoluciona desde una situación neonatal, netamente refleja, hasta el reconocimiento del mundo exterior y la relación consigo mismo y la adquisición del lenguaje.
- 2. El período de preparación y de organización de las operaciones concretas.** Se extiende desde los dos años hasta los once años, comprende la transición de las estructuras de la inteligencia sensoriomotora al pensamiento operativo.
- 3. El período de las operaciones formales.** Comienza la adolescencia, hay intercambio de puntos de vista, se establece la discusión, dando origen a una conversación interiorizada, adquieren capacidad para tratar con una amplia variedad de relaciones complejas.

La información constructivista de Piaget (1970) pone el acento en los procesos individuales y presenta la actividad autoestructurante del niño como el mejor camino y quizá el único para que éste consiga un crecimiento óptimo. López, R. (1975) (p.37).

Durante el primer período y uno de los más importantes para el trabajo, el sensorio motor, la inteligencia es fundamentalmente práctica, es decir, se basa en acciones y percepciones concretas. Los bebés construyen sus primeros esquemas de conocimiento sobre la realidad en base a la exploración concreta y real de la misma: ante los diferentes objetos que los rodean despliegan diversas conductas como tocar, chupar, apretar, tirar, entre otras; que les permiten conocer dichos objetos y sus propiedades, así como las primeras nociones sobre la organización espacial, temporal y causal de las acciones que se pueden realizar con los mismos.

Piaget caracteriza al bebé progresivamente de manera como va disponiendo de un repertorio cada vez más amplio y diversificado de esquemas que le permiten explorar el mundo e ir generando conocimiento acerca del mismo. Construye así nociones y habilidades de relación con el entorno, como por ejemplo, saber que las cosas y las personas continúan existiendo cuando desaparecen de su vista (conservación del objeto permanente), conseguir obtener objetos que desea pero que no están a su alcance directo empleando para ello otras cosas o personas (coordinación medios-fines), o aprender que determinadas acciones llevan a asociadas a otras y que, por tanto, él mismo puede provocar que ciertas cosas ocurran (causalidad e intencionalidad). Echeverría, P. (2002).

Estas y otras habilidades acaban cristalizando en un importante logro: su inteligencia deja de ser práctica y pasa a ser representativa o simbólica, es decir, los esquemas pueden funcionar en un plano interno y no necesariamente práctico, el bebé ya no necesita hacer las cosas, puede imaginarse que las hace. No se ve obligado a emplear procedimientos basados en el ensayo-error sino que, por el contrario puede “ensayar” simbólicamente diferentes procedimientos y sólo emplear uno de ellos.

Para Piaget (1970) este logro se sitúa en torno a los 18-24 meses de edad, puesto que debido a su importancia cambia cualitativamente la estructura de funcionamiento cognitivo, marca el final del período sensorio motor y abre paso a una nueva fase del desarrollo intelectual.

La percepción

Los cinco sentidos son funcionales en el momento del nacimiento, es decir, a diferencia de lo que suele pensarse, los recién nacidos son capaces de ver, oír, oler y percibir tanto los sabores como la estimulación táctil. No obstante, la percepción del neonato funciona aún de forma muy rudimentaria y limitada, de forma que aún debe desarrollarse y perfeccionarse hasta alcanzar niveles

similares a los adultos. En este sentido llama poderosamente la atención la enorme velocidad con la que se desarrollan todas estas capacidades entre los 2 y los 4 ó 6 meses de edad.

La atención

Piaget (1970) refiere que los bebés dan muestra de poseer preferencias perceptivas desde el primer día de vida, es decir, no sólo perciben y discriminan diferentes estímulos visuales, táctiles, sonoros, etc. sino que además prestan más atención a los objetos y situaciones que, perceptivamente, presentan determinadas características. (Echeverría, P. 2002).

Así, aproximadamente a partir de los 3-6 meses de edad se encuentran indicios que muestran cómo la exploración perceptiva del entorno se empieza a realizar no en tanto en función de las características de los estímulos sino de las del sujeto (preferencia por las caras y voces familiares). Según Piaget (1970) menciona que también a estas edades comienzan los primeros pasos del largo proceso de aprender a controlar la propia atención, proceso que, no obstante, va a experimentar sus avances más llamativos unos años más tarde.

La memoria

Los procesos de memorización y recuerdo también comienzan a funcionar desde los primeros meses de vida, aunque, este funcionamiento es aún rudimentario y muy elemental. Por tanto, en situaciones muy simples y con estímulos muy sencillos, los bebés dan muestras de poseer memoria desde sus primeros días de vida, aunque la huella que ésta deja es muy frágil y, por tanto, el recuerdo es poco duradero. Según Piaget (1970) al igual que en el resto de los procesos cognitivos mencionados, el funcionamiento de la memoria tiene aún un largo camino por recorrer, especialmente en el sentido de ir resultando cada vez más voluntaria, propositiva y sobretodo estratégica.

Participación de enfermería en el cuidado del niño

El cuidado como interacción sincrónica entre el niño y la enfermera exige capacidad de escucha por parte del profesional de enfermería; el niño sano o enfermo envía señales permanentes de las cuales el profesional debe estar en la capacidad de interpretar y es ahí, desde la intervención de éste, donde se hace la diferencia con el tono de voz, el tacto, el movimiento, el acercamiento afectuoso, la manera en la cual se fomenta el crecimiento social y emocional del niño cuando el profesional de enfermería realiza su labor caracterizándose como enfermero pediátrico.

Gilligan, C. (2008) señala que la ética del cuidado pone en el centro el concepto del mismo, el compromiso con el otro, y en este sentido, en el cuidado que brinda la enfermera (o) pediátrica (o), cobra mayor importancia la relación y la interacción que establece con el niño y su familia; sus lazos de conexión, los sentimientos de solidaridad, el papel que juegan las emociones, el ponerse en el lugar de la madre para comprender lo que está sintiendo por ese niño que sufre, por ese niño enfermo, para comprender sus necesidades y poder atenderlas.

Otro aspecto que Gilligan, C. (2008) refiere es que “las enfermeras que se dedican al cuidado de los niños su preocupación es hacer el mayor bien posible a ellos” (p.6).

El concepto mismo de cuidado exige evitarle un daño al niño; eliminar o evitar en la medida de lo posible, el sufrimiento que cualquier procedimiento pueda generarle y en todo momento promover el bienestar. Para lograr esto, Gilligan, C. (2008) señala que:

“son necesarios el interés, la motivación y la empatía, además de los conocimientos y las habilidades de la enfermera (o), como la acogida afectuosa y la capacidad de comunicación, comprensión y explicación para hacerle comprender al niño que ciertos procedimientos pueden generarle molestias, pero

que éstas se pueden mitigar con ciertas medidas terapéuticas”
(p.6).

Para Reyes, C. (2005) la participación del profesional de enfermería en el cuidado del niño requiere de un perfil altamente calificado que demuestre capacidades para poder identificar problemas potenciales y/o reales relacionados con la atención y salud de los niños, para así poder planificar, ejecutar y evaluar estrategias de solución. Asimismo, el profesional de enfermería debe utilizar el conocimiento, la experiencia y el razonamiento para emitir juicios profesionales basados en evidencias científicas; perfeccionar permanentemente sus conocimientos, aplicarlos y socializarlos.

El autor antes citado, indica que las competencias generales del profesional de enfermería en el cuidado del niño es importante la comunicación de manera efectiva con el equipo de salud y los usuarios a través del lenguaje oral y escrito, así como también de un lenguaje técnico a nivel de usuario. El adaptarse a diversas situaciones y transformar el medio de forma proactiva es fundamental, así como mantener registros de calidad para cumplir con los objetivos del seguimiento del niño y de su familia y los fines de investigación clínica y epidemiológica. (p.25)

Por último, Reyes, C. (2005) refiere que

“enfermería debe permitir y favorecer el desarrollo en la familia de las capacidades de autocuidado y de toma de decisiones en salud, para lograr que los padres y/o cuidadores así como el propio niño, asuman un rol activo en el proceso de recuperación y/o rehabilitación” (p.45)

Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría

En Venezuela, la asistencia a la salud mental y especialmente a la psiquiatría, ha sido rodeada de estigmatizaciones, por parte del público en general, así como del personal de salud que a veces por falta de experiencia, conocimiento o

habilidad en el abordaje de pacientes con este tipo de problemas, optan por referir a éstos a otros niveles de atención más complejos; aún sin ser necesario.

El profesional de enfermería en salud mental influye en gran medida en el desarrollo de los conocimientos para los cuidados, la rehabilitación, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud mental. Según Bustos, E. (2002) la salud mental son todas aquellas capacidades de las personas y los grupos para interactuar entre sí (p.2), por ello es necesario señalar que la salud mental es un componente clave de los servicios globales del cuidado de la salud.

Las principales funciones del profesional de enfermería en salud mental y psiquiatría son prevenir y corregir los trastornos mentales y sus secuelas, fomentar la salud mental en la sociedad, la comunidad y las personas que viven en ella. (Bustos; E. 2002). La práctica actual de enfermería en psiquiatría requiere mayor sensibilidad a entorno social y el apoyo que necesitan los pacientes y sus familias. Según Gail, S. (2006) “una relación interpersonal puede producir el cambio y el crecimiento en el interior del individuo. Es el vehículo para la aplicación del proceso de enfermería y la consecución del objetivo del cuidado de enfermería” (p. 8).

En la fase inicial del proceso o práctica de la enfermería en salud mental y psiquiatría, estriba en recopilar la información necesaria sobre el estado de salud y los factores que inciden sobre la misma. El propósito es reunir los datos significativos, que conduzcan a identificar los problemas de salud reales o potenciales. Ugalde, M. (2001) señala que “la valoración concluye cuando se deducen los diagnósticos enfermeros como síntesis expositiva y estandarizada de los problemas detectados” (p. 37).

En la disciplina de salud mental, cuando se comienza la fase de valoración, resulta primordial recordar que se está iniciando una relación profesional con el usuario; con esto, han de aplicarse los conocimientos sobre la relación terapéutica, a la par que encaminarse a conocer cuál es su estado de salud. (Ugalde, M. 2001).

En la enfermería en salud mental y psiquiatría hay que tener en cuenta que la fuente directa y principal es el propio usuario, pero existen también otras fuentes de información que conviene tener en cuenta, sobretodo en los casos en que por una alteración mental el sujeto no puede o no quiere colaborar.

Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR

La Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (American Psychiatric Association) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

Problemas relacionados con el abuso o la negligencia (abusos físicos y sexuales)

Esta clasificación incluye categorías que deben utilizarse cuando el objeto de atención clínica es un maltrato grave de una persona por otra utilizando el abuso físico, el abuso sexual o la negligencia. Estos problemas se incluyen porque son objetos de atención clínica frecuente entre las personas visitadas por los profesionales de la salud. Según el DSM-IV-TR (2008) se clasifican en:

T74.1 *Abuso físico del niño*. El objeto de atención clínica es el abuso físico de un niño.

T74.2 *Abuso sexual del niño*. El objeto de atención clínica es el abuso sexual de un niño.

T74.0 *Negligencia de la infancia*. El objeto de atención es el descuido de un niño.

Criterios para el diagnóstico de F68.1 Trastorno Ficticio (300) según el DSM-IV-TR

- a) Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos
- b) El sujeto busca asumir el papel de enfermo.
- c) Ausencia de incentivos externos para el comportamiento.

Según el DSM-IV-TR (2008) clasifica el trastorno ficticio en:

Trastorno ficticio con predominio de signos y síntomas psicológicos (300.16): si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los psicológicos.

Trastorno ficticio con predominio de signos y síntomas físicos (300.19): si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los físicos.

Trastorno ficticio con signos y síntomas psicológicos y físicos (300.19): si existe una combinación de signos y síntomas psicológicos y físicos sin que en el cuadro clínico predominen unos sobre otros.

Trastorno ficticio no especificado (300.19): incluye los trastornos ficticios que no pueden clasificarse en ninguna de las categorías anteriores. Ejemplo: el individuo que simula o produce signos o síntomas psicológicos o físicos a otra persona que se encuentra bajo su custodia, con el propósito de asumir indirectamente el papel de enfermo. (Trastorno ficticio por poderes). (p.277)

Criterio de investigación para el trastorno ficticio por poderes según el DSM-IV-TR

- a) Producción o simulación intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos en una persona que se halla bajo en cuidado del perpetrador.

- b) La motivación que define al perpetrador es el deseo de asumir el papel de paciente a través de otra persona.
- c) No existen incentivos externos que justifiquen este comportamiento (ejemplo: una compensación económica)
- d) El comportamiento no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

La necesidad de clasificar la psicopatología específica a los perpetradores del Síndrome de Münchhausen por Poder, se hace cada vez más evidente. Su inclusión temporal en el grupo general de sujetos que causan abusos a un menor, no permite precisar sus especiales características. Sin embargo, aplicando los criterios de un sistema categorial, se pueden hacer algunas distinciones que resultan útiles para investigar este trastorno.

Maltrato Infantil

Es necesario conocer básicamente lo que es el maltrato infantil. Según Joragon (2003) la definición del Centro Internacional de la Infancia de París considera que el maltrato infantil es:

“Cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo”. (p.10).

Según la Cruz Roja Internacional, existen diferentes tipos de maltrato, a continuación se presenta la clasificación en base a lo investigado:

Maltrato físico: es la acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el niño, o que le coloca en grave riesgo de padecerlo como consecuencia de alguna negligencia intencionada.

Abandono físico: es aquella situación en que las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, higiene, seguridad, atención médica, vestido, educación, vigilancia), no son atendidas adecuadamente por ningún adulto del grupo que convive con él.

Abuso sexual: es cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad. No es necesario que exista un contacto físico (penetración) para que exista el abuso, sino que también puede utilizarse al niño como objeto de estimulación sexual, en el cual está incluido el incesto, la violación, la vejación sexual y el abuso sexual sin contacto físico como la seducción verbal, solicitudes indecentes, exposición de órganos sexuales a un niño para obtener gratificación sexual, realización del acto sexual en presencia del niño, masturbación en presencia del niño, entre otras.

Maltrato emocional: son las conductas de los padres/madres o cuidadores tales como insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas, críticas, aislamiento, atemorización que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del niño.

Abandono emocional: aquella situación en la que el niño no recibe el afecto, la estimulación, el apoyo y protección necesarios en cada estadio de su evolución e inhibe su desarrollo óptimo. Existe una falta de respuesta por parte de los cuidadores o padres/madres a las expresiones emocionales del niño (llanto, sonrisa) o a sus intentos de aproximación o interacción.

Maltrato Institucional: es cualquier 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, estado emocional, bienestar físico, correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o infancia.

Existe otro tipo de maltrato infantil, poco conocido, el cual es un maltrato en que los padres/madres o cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto (mediante la administración de sustancias al niño), este maltrato infantil es el denominado Síndrome de Münchausen por Poder.

Los niños que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo, déficits emocionales, conductuales y socio-cognitivos que le imposibilitan un desarrollo adecuado de la personalidad. De ahí la importancia de detectar cuanto antes el maltrato y buscar una respuesta adecuada que ayude al niño en su desarrollo evolutivo.

Los problemas que tienen los niños maltratados se traducen en unas manifestaciones que pueden ser conductuales, físicas y/o emocionales. A estas señales de alarma o pilotos de atención es a lo que se llama indicadores, ya que “indican” una situación de riesgo o maltrato.

Síndrome de Münchausen por Poder

Karl Friedrich Hieronymus Freiherr Von Münchausen, era un barón del siglo XVIII, que se destacó por sus largas historias acerca de sus patéticas hazañas. El barón Münchausen inventaba y exageraba sus hazañas militares, motivo por el cual fue sugerido el nombre para denominar la enfermedad de algunos pacientes que inventan y exageran sus enfermedades. (Delgado 1997).

Asher (1951), citado por Karlin (1995), acuñó el término Síndrome de Münchausen (SM) para caracterizar a “pacientes que fabrican enfermedades y se someten a sí mismos a tratamientos médicos displacenteros y potencialmente

perjudiciales” (p. 11). Los pacientes con este desorden se caracterizan por contar dramáticas y plausibles historias médicas que siempre son falsas.

El Síndrome de Münchausen según el DSM-IV (2008) está dentro del subtipo de “trastornos ficticios con predominio de signos y síntomas físicos”, y se caracteriza porque casi la vida entera del sujeto consiste en intentar ingresar o permanecer en los hospitales (p. 276). Dentro de las formas de presentación del Síndrome de Münchausen según la DSM IV-TR (2008) se pueden mencionar:

Tipo dolor abdominal agudo: apreciándose en la exploración a menudo múltiples cicatrices de laparotomía.

Tipo hemorrágico: frecuentemente reportan hemoptisis, hematemesis o hematuria.

Tipo neurológico: generalmente dolores de cabeza, ataques raros, pérdida de consciencias, anestias o síntomas cerebelosos.

Tipo cutáneo: lesiones autoinfligidas con agujas, calor, etc.

Tipo cardíaco: síntomas similares a la angina o trombosis coronaria.

Tipo respiratorio: semejantes a enfermedades respiratorias.

Tipo mixto: combinaciones de distintas formas de presentación, en diferente orden cronológico.

La DSM IV- TR (2008) señala que en

“la presentación de los síntomas puede incluir hematomas, hemotopias, dolor abdominal, fiebre, náuseas, vómitos, entre otros. La orina se contamina con sangre o heces, se toman anticoagulantes para simular trastornos sanguíneos; la insulina se usa para inducir hipoglucemias. Las quejas de dolor, en especial simulando un cólico renal son frecuentes. Los pacientes en general demandan un tratamiento concreto, en especial con analgésicos. Suelen insistir en que se les practique cirugía. Una vez ingresados, cada vez que una prueba les resulta negativa, acusan al médico de incompetencia. Suelen desaparecer súbitamente cuando creen que han sido descubiertos y se marchan a otro hospital y empieza el ciclo de nuevo” (p. 276).

Ahora bien, dentro del síndrome de Münchausen, se puede encontrar el Síndrome de Münchausen por Poder; esta enfermedad también fue denominada Síndrome de Polle, nombre del supuesto hijo del Barón Münchausen, quien falleció en circunstancias misteriosas. Strassburg y Penckert (1984), citados por Loredó y Sierra (1994). En el DSM-IV- TR (2008) nombran este tipo de síndrome como “trastorno ficticio no especificado o por poderes” (300.19). Este trastorno se considera el más grave, en el que alguien intencionadamente produce síntomas o signos somáticos en otras personas que están bajo su cuidado. De ahí la palabra poder, quiere decir por delegación, la persona delega en otra. El único propósito aparente de esta conducta del cuidador es asumir de forma indirecta el rol de enfermo. El engaño puede incluir una historia médica falsa, la contaminación de muestras de laboratorio, alteración de resultados o inducción de heridas o enfermedades en el niño. (Ezcurra, J., 2001).

Loredó, A. y Sierra, J. (1994) toman una definición de Feldman (1989) del Síndrome de Münchausen por Poder (SMP) como “una variedad de maltrato en la que el adulto, mediante la falsificación de datos clínicos, simula o produce una enfermedad en el menor, que aparentemente requiere atención médica” (p.73). En estos casos el perpetrador asume indirectamente el rol de enfermo, a través de fingir o producir enfermedades en otras personas, en este caso en los niños.

Ahora bien, en base a lo descrito el síndrome se caracteriza porque una madre, (en la mayoría de los casos), argumenta que su hijo está enfermo, de modo que acude al hospital; sin embargo, el niño no está verdaderamente enfermo, ha sido ella misma quien ha provocado los síntomas. Por este motivo se utiliza el término de síntomas fingidos, porque no responden a un malestar natural del cuerpo sino que son el producto de la intervención de un adulto (perpetrador) para provocarlos.

Los perpetradores del Síndrome de Münchausen por Poder poseen desórdenes de la personalidad que los obligan a comportarse extrañamente y en

forma destructiva, especialmente cuando se sienten estresados. (Feldman, M. 1999). Este síndrome es probablemente donde mejor y obviamente se observa la relación entre un desorden de la personalidad o psicopatología en los padres y el maltrato infantil.

Aunque todavía no existe un total acuerdo sobre la descripción del síndrome, se cree que la fabricación de la enfermedad no es la principal motivación, sino que se requiere de una ganancia secundaria que iría más allá de la atención a un comportamiento enfermo. Ésta consiste en una necesidad de estar en una perversa relación con el personal de salud, en la cual la madre es dependiente de ellos mientras simultánea e intencionalmente provoca gran prejuicio en el niño y en el personal de salud.

El asunto de este proceso de pensamiento perverso consiste en la habilidad para sostener simultáneamente en la consciencia dos conceptos contradictorios; así, estos padres se sienten buenos en el mismo momento en el que están maltratando a sus hijos. Al respecto Waller (1983), citado por Bools, Neale y Meadow (1994) afirma que “la capacidad para manipular la conducta del niño frente al personal médico, se hace probablemente a través de la utilización de mecanismos disociativos a nivel psíquico” (p.85).

El comportamiento de los padres se caracteriza por la complacencia, la cooperatividad y el apoyo al personal médico. En relación con esto, Feldman, M. (1999) explica que:

El perpetrador tiende a entablar relaciones estrechas con el personal médico, quien ante estos casos tan confusos siente una profunda frustración y al tiempo una ocupación excesiva. De este modo el médico comienza a demandar cuidado y atención por sus decepciones (p. 67).

Del mismo modo, estos padres cargan con el estar en el hospital todo el tiempo, atentos de sus hijos (toman la temperatura, administran los medicamentos

e intentan excluir al personal médico de apoyo); son capaces de aparecer como agradablemente interesados. Además, el padre o madre puede tener conocimientos previos acerca de la enfermería o la medicina, lo cual le es útil en el momento de fabricar los síntomas en sus hijos. (Delgado, 1997).

Otros rasgos comunes de estos padres es que tiene su propia historia, sufren frecuentemente discordias matrimoniales, niegan el engaño y tienen ideas suicidas o amenazan con suicidarse antes o después de descubierto el Síndrome de Münchhausen por Poder. Otra característica del comportamiento del padre incluye la separación ansiosa del niño y una relación sobreprotectora con éste; el niño, por su parte, puede apegarse a la madre y no demostrar apropiación de su comportamiento. (Crouse, 1992 citado por Karlin, 1995).

Sin embargo, Jones (1994) plantea que “es muy difícil comprender por qué los padres pueden llegar a tales extremos con tal de suplir sus propias necesidades” (p.90). Éste fenómeno puede deberse a la falta paterna, a través de la negligencia o el trato abusivo, o la pérdida del Yo, a través de enfermedades infantiles o desilusiones traumáticas.

Estos padres entonces, expresan una rabia engendrada por la pérdida temprana, a través de la desvalorización y el desprecio por el personal médico, en un juego de falsas enfermedades. Por medio de la desvalorización del médico, estas personas crean para ellas mismas protección, reconocimiento y seguridad de todo lo que ellas violentamente anhelan. En otras palabras, muchos padres utilizan a sus hijos relativamente enfermos para crear una relación cimentada en la mentira. Sin embargo, ésta es la relación que proveen con mayor naturalidad y las protege de desesperar. Schreier (1992) citado por Karlin (1995).

Según Molina, A. (1983) las características del padre o la madre afectados por el síndrome de Münchhausen por poder son:

- Fabrica enfermedades falsificando evidencias médicas con la intención consciente de engañar. Síntoma que se presenta de manera crónica.
- Su actitud de fabricar enfermedades no se detiene ante ninguna consecuencia.
- Miente constantemente, suministra historias fabuladas.
- Va de un hospital a otro y viaja de una zona a otra del país en busca de nuevos hospitales.
- Adquiere conocimientos médicos para perfeccionar sus síntomas fabricados.
- La fabricación de síntomas se presentan preferentemente los fines de semana, momento en que hay dificultad para realizar cierto tipo de exámenes muy especializados y el personal está menos advertido y menos entrenado.
- Muestra actitud amable y colaboradora con los médicos (solamente mientras creen en el padre o madre).
- Actitud evasiva con psiquiatras y psicólogos. No acepta su ayuda.
- Intenta poner a pelear al equipo tratante.
- Hay actitudes dramáticas que facilitan en un momento dado el diagnóstico de histeria.
- Se observan actitudes de triunfo y manejo omnipotente de la realidad y tono de euforia al comunicar cada sintomatología.
- No acepta su ambivalencia afectiva.
- Presenta problemas delictivos que ameritan la intervención de la policía.
- Inicialmente se observan formaciones reactivas y pulcritud obsesiva.
- Fabrica enfermedades inicialmente en él/ella mismo y luego en sus hijos.
- La psicopatología es muy variada y presenta rasgos y síntomas de diversos trastornos.
- Hay dramatización y teatralidad que le dan una apariencia histérica.
- La fabricación de enfermedades se presenta con la característica de una actuación psicopática. Cuando se le impide, aparecen conductas

psicopáticas más evidentes como estafas, dar testimonios falsos, nombres falsos.

- Al impedirle la fabricación de enfermedades se producen en ellos una tensión insoportable que desorganiza el yo y requiere una actuación para descargar dicha tensión.
- Actúan al sentir la ansiedad que produce la frustración.
- Se observan ansiedades persecutorias muy intensas, que ponen en funcionamiento actitudes de apaciguamiento, en primer término. Si éstas fracasan aparecen deseos de huida. Si no puede evadir la situación aflora el pensamiento mágico con intenciones de agredir. El manejo de la culpa es persecutorio.
- No pueden asumir sus sentimientos de culpa ni aceptar la responsabilidad por su conducta.
- Hay desconfianza en las personas que están a su alrededor.
- No asumen la responsabilidad de llevarse a sus hijos contra opinión médica, pero insisten en el alta. Su miedo a aceptar la responsabilidad es tan grande, que es suficiente para evitar que se los lleve; aunque tienen el conocimiento de que pueden hacerlo. Por otra parte, si se sienten juzgados, el alta significaría que son declarados inocentes, esto influye para que insistan tanto en pedir el alta.
- Hay defensas maníacas: utiliza mecanismos de negación, niega duelos y pérdidas y en sus actuaciones hay actitudes de triunfo maníaco. Proyecta el superyó sobre las personas que tratan de ponerle límites y cuando logra burlar su vigilancia da muestra de sentirse eufórico y triunfante.
- Los signos depresivos son muy escasos. Se observan quejas melancólicas y dificultades de control sobre su impulsividad.
- Utilizan su dolor como si no fuera en serio, para que sea serio por las personas a las que quieren engañar.
- Hay formaciones reactivas contra las pulsiones asesinas por no poder aceptar la ambivalencia afectiva. Sentir la hostilidad lo confunde y lo lleva a pensamientos deliroides.

- Encubren a través de una formación reactiva, sus pulsiones agresivas hacia sus hijos. Sus esmeros en cuidarlos, sus actitudes de padres o madres amorosos y colaboradores encubre agresividad.
- Hay omnipotencia del pensamiento.
- No son capaces de obtener una ayuda real a largo plazo, si se le ofrece la rechazan.
- Delegan con el estilo psicopático, depositando en otro lo que ellos no pueden asumir sin perder el equilibrio.
- Delegan en el médico sus pulsiones agresivas, su miedo a la consecuencia de éstas, y sus sentimientos de culpa si hay consecuencias desagradables.
- Delegan en los hijos sus vivencias de ser agredidos, sus necesidades de castigo y de sufrimiento.
- A través de la actuación psicopática (fabricación de enfermedades) consiguen delegar en el otro las emociones que no pueden asumir y realizan, por poder, lo que tienen miedo de hacer por si mismos.
- Intentan engañar al personal que labora en el hospital, en especial a médicos y enfermeras.

Manifestaciones Clínicas del niño maltratado

Según Delgado, A. (1997) entre las manifestaciones clínicas que se pueden describir en este síndrome son múltiples, en tanto dependen directamente de las provocaciones o fabricaciones del perpetrador, que varía de caso en caso. Ahora bien, Delgado, A. (1997) plantea que entre las manifestaciones más usuales se tienen: digestivas, abdominales, hemorrágicas, neurológicas, nefrourológicas y cutáneas. Sin embargo, en este síndrome se describe todo tipo de cuadros simulados como “fiebre prolongada, síndrome de inmunodeficiencia, fibrosis quística de páncreas, epilepsia, crisis de apnea, sepsis recidivantes polimicrobianas, glucosurias, caos bioquímico, síndromes de malformación, hipoglucemia, intoxicaciones con los productos más diversos, etc.” (p.119).

Delgado, A. (1997) comenta que las manifestaciones hemorrágicas:

“Suelen deberse a que la madre añade sangre del niño o su propia sangre a la orina, heces o vómitos del paciente. Otras veces embadurna la cara o el periné del pequeño con sangre que proviene de los propios tampones menstruales o de punciones que se hace la madre a sí misma. En otras ocasiones no se trata de sangre sino de pintura u otros productos que se añaden a las muestras orgánicas para colorearlas y simular una hemorragia” (p.119)

Algunas condiciones físicas que sí se encuentran presentes en los niños pueden indicar la presencia del Síndrome de Münchausen por Poder. Estas manifestaciones son: alteraciones hematológicas, crisis convulsivas, depresión del sistema nervioso central, apneas, diarreas y vómitos, fiebre y exantema inespecífico, sin una explicación convincente. (Loredo y Sierra, 1994).

De acuerdo a esto, Libow y Schreier (1986), citados por Karlin (1995), describen tres tipos de perpetradores del Síndrome de Münchausen por Poder “los cuidadores (help seeker), inductores activos (active inducer) y los doctoadictos (doctor addict)” (p.13). Los primeros son adultos que piden atención médica para sus hijos o menores a cargo, en miras de mostrar su propia ansiedad, cansancio y depresión, o su inhabilidad para cuidar al niño. Entre esta categoría se encuentran las personas encargadas de cuidar de enfermos, amas de casa con violencia doméstica o desórdenes matrimoniales y embarazos no deseados o madres solteras.

Los inductores activos inducen enfermedades en los menores utilizando métodos dramáticos; comúnmente son madres ansiosas y depresivas que emplean extremos grados de negación, de disociación del afecto y paranoia proyectiva. En segundo grado inducen una relación de control con los médicos y hacen sentir al resto del personal como incompetente. Los doctoadictos son obsesivos con obtener tratamiento médico cuando en realidad no existe ningún

tipo de enfermedad en sus hijos. Muchas madres creen que sus hijos están enfermos y se rehúsan a aceptar evidencia médica que muestre lo contrario, luego comienzan ellas mismas un tratamiento para sus hijos.

Otra clasificación de los perpetradores del síndrome es ofrecida por Meadow (1989) citado por Monteleone (1994) quien sugiere que éstos pueden ser incluidos en la siguiente categoría: “enfermedades percibidas (perceived illness), visitantes médicos (doctor shopping) e invalidez forzosa (enforced invalidism)” (p.44). La primera corresponde a la descripción de una madre ansiosa, inexperimentada, estresada y solitaria que afirma que su hijo está enfermo.

Ella percibe síntomas en el niño que otras personas no, y lo lleva continuamente al doctor debido a la inconformidad de la madre respecto de los tratamientos. Este proceso no está clasificado como una forma de abuso, excepto cuando la madre persiste y se rehúsa a aceptar los resultados normales, que por los excesivos tratamientos puedan afectar la vida del niño. La segunda categoría describe una madre que busca ayuda médica a través de visitas sucesivas a diferentes doctores, afirmando que su hijo está enfermo.

La tercera categoría se desarrolla cuando la madre de un niño discapacitado incrementa el grado de enfermedad en éste. Cuando el niño no está discapacitado la madre asegura que el niño ha sido reconocido como tal y que, por tanto, necesita de una atención o asistencia especial.

DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE

Competencias del profesional de enfermería

Las competencias son un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten a una persona ejercer su actividad de forma autónoma, perfeccionar permanentemente su práctica y adaptarse en un entorno en constante mutación.

Así mismo se entiende como actuaciones integrales para identificar, integrar, argumentar y resolver problemas del contexto con idoneidad y ética, integrando el saber ser, el saber hacer y el saber conocer. (García F., 2010).

Entendiéndose por competencias de enfermería como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes verificables, que se aplican en el desempeño de una función de la Enfermera. Lo cual involucra una visión global de las calificaciones, tiene en cuenta el conjunto de elementos que necesita el trabajador en el desempeño en el medio laboral. Se trata de modernizar y profesionalizar las relaciones laborales y la gestión de recursos humanos y establecer vínculos entre la capacitación y los procesos de [innovación](#) en las [empresas](#).

Habilidad Práctica y Cognoscitiva

Las habilidades cognoscitivas según Barrios, D (2008), son capacidades intelectuales demostradas al realizar alguna actividad (p. 1). Son las facilitadoras del conocimiento, aquellas que operan directamente sobre la información: recogiendo, analizando, comprendiendo, procesando y guardando información en la memoria, para, posteriormente, poder recuperarla y utilizarla dónde, cuándo y cómo convenga. En general, son las siguientes:

1. Atención: Exploración, fragmentación, selección y contradistractoras.
2. Comprensión (técnicas o habilidades de trabajo intelectual): Captación de ideas, subrayado, traducción a lenguaje propio y resumen, gráficos, redes, esquemas y mapas conceptuales. A través del manejo del lenguaje oral y escrito (velocidad, exactitud, comprensión).
3. Elaboración: Preguntas, metáforas, analogías, organizadores, apuntes y mnemotecnias.

4. Memorización / Recuperación (técnicas o habilidades de estudio): Codificación y generación de respuestas. (Barrios, D 2008)

Es aquella habilidad que posee o debe tener el profesional de enfermería para poder identificar y reconocer aquellos problemas o situaciones que presente el paciente y de esta forma poder ayudar a mejorar esa situación. Para ello es necesario poseer ciertas características como conocimientos, experiencia, estudio, y disposición para hacer las cosas. Dentro de cada habilidad se debe reconocer y definir las lesiones de tipo física y psicológicas presentes en el paciente.

Identificar lesiones de tipo Físicas

Son aquellos reportes de lesiones de tipo físicas que se encuentran en el niño al momento de ser evaluados como:

Lesiones Hemáticas: generalmente se reportan hemoptisis, hematemesis o hematuria.

Lesiones Respiratorias: semejante a enfermedades respiratorias, taquipnea, tos, disnea

Lesiones Neurológicas: generalmente dolor de cabeza, pérdida de conciencia, convulsiones, traumatismos craneoencefálicos (TCE)

Lesiones Gastrointestinales o tipo dolor abdominal agudo: se pueden apreciar múltiples cicatrices de laparotomía, emesis, diarreas, hematemesis, evacuaciones con sangre, distensión abdominal.

Lesiones Cutáneas: hematomas, queloides, quemaduras, heridas, rash.

Lesiones o Trastornos Metabólicos: acidosis, hipernatremia (Delgado, A 1997).

Identificar lesiones de tipo psicológicas

Son aquellas lesiones que el profesional de enfermería puede detectar o percibir a través de las actitudes del paciente y/o su representante como:

- Evitar el contacto del profesional de enfermería con el niño.
- Evitar que el niño juegue o reciba actividades recreativas en el centro de salud.
- Evitar que el niño exprese el cómo se siente a pesar de ser evidente su estado de salud.
- Niega síntomas de mejoría
- Niega atención oportuna (Ezcurra, A. 2001).

Pseudología Fantástica

Según Ezcurra, A. (2001) “es un cuadro que aparece frecuentemente relacionado con el Síndrome de Münchausen” (p. 5). La pseudología fantástica comprende la representación de ciertas fantasías como ocurrencias reales. Estas fantasías incluyen eventos dramáticos, grandiosos y exagerados reconocidos conscientemente por el paciente como falsos y sin embargo presentados como verdad.

Ezcurra, A. (2001) refiere que la pseudología fantástica

“se caracteriza clínicamente por presentar grandes y extensas invenciones, las mentiras intentan crear nuevas y falsas identidades en el autor de las mismas, el sujeto llega a aparentar alcanzar sus propias invenciones, las cuales toman vida propia en el mismo e incluso llegan a creérselas, la mentira es una característica central y persistente en la vida del sujeto.” (p. 5)

Relación Padre – hijo

En la relación padre – niño el padre es la primera figura masculina presente en la vida de un niño, su relación se inicia desde el más simple contacto, a través de los [juegos](#), paseos y en el diario convivir el niño captará la esencia de la relación, la cual se hará evidente cuando crezca. En un juego de fuerza física con su padre, el niño entenderá el significado de los límites. Cuando se es demasiado agresivo, pensará que el padre parece no disfrutarlo y aunque parezca increíble esa situación será vital para que se detenga o sea menos brusco, mientras se relaciona con otros niños de su edad.

El hogar moderno es conflictivo, sorpresivo y exigente. Si no se actualiza tendrá problemas. Sin embargo, un hijo siempre será necesario, importante y una persona única. En la unión de los padres debe atinarse muy bien la selección, estar preparados, dar mucho afecto y adquirir paciencia.

La mayoría de los futuros padres, creen conocer, la forma adecuada de manejarlos y no es así. Lo que sí es seguro es que cada ser humano en su desarrollo, va sufriendo las transformaciones de su comportamiento de acuerdo al tiempo en que viva, y esencialmente por la capacidad de los padres de educar al hijo, comprender al adolescente, para formar el futuro hombre o mujer, y estar atento a los cambios morfológicos, sociales y culturales de la época y adaptarlo a su patrón establecido. (Rosales, R. 2008) Indudablemente que cada padre, de acuerdo a su capacidad, le dará determinada forma a la conducción de sus hijos, pero la mayoría quiere encontrar la forma de que sus hijos encuentren la manera de enfrentar las dificultades de la vida. Los padres no saben qué hacer para enseñar a los hijos a disfrutar de la vida, porque ellos mismos no conocen ese simple secreto. No se puede enseñar algo que no se conoce y pasar todo el tiempo intimidándolos para que se conviertan de manera sumisa en lo que los padres creen que deben convertirse. Se supone que haber vivido más les da una sabiduría que los hijos deben agradecer; esto es un error; los padres deben ser receptivos y ser ejemplo.

Cuidados esenciales que brinda el padre al niño

Los cuidados esenciales son un conjunto de cuidados o atenciones que cada persona y familia debe recibir dependiendo de la necesidad de salud que éste tenga, para permitir y mantener protegida la salud del mismo, contribuyendo a lograr personas, familias, comunidades y entornos saludables.

Participación del Profesional de Enfermería ante el padre con Síndrome de Münchausen por Poder

Es importante intervenir con el fin de detectar el problema y evitar que el niño siga siendo objeto de sus maltratos, pero es imprescindible tener en cuenta el aspecto jurídico, el cual brindará protección al menor y a otros niños que puedan estar en peligro. Hay que tener en cuenta, que es un trabajo en equipo.

A la sospecha el profesional de enfermería puede abordar principalmente a terceros en los cuales se incluyen al esposo (a) o a los padres de esta persona que posiblemente posea el síndrome, que puedan aportar información sobre ella, desde su infancia hasta el día actual para así poder estudiar todos los factores que incidieron en la actuación de esa persona. (Molina, A. 1983).

Se valora la presentación en la cual debe observarse la manera con que se presenta el padre/madre, si se sienta, si saluda. También debe apreciarse la edad aparente, el aspecto general, la deambulación, la fisonomía, y se debe dirigir la atención sobre la mímica que puede ser pobre o marcada y de intensa expresividad. Puede ser triste o alegre. Pueden existir algunos movimientos anormales como mascullamiento, fruncimiento de ojos.

De la misma manera debe fijarse la atención en la mirada que puede ser directa o huidiza, expresiva o fija y le da una información importante a la enfermera (o) sobre los sentimientos o emociones del padre/madre. Por otra parte

también es importante estar pendiente del aseo que puede ser normal, estricto, recargado, negligente, pintoresco o a veces excéntrico. El contacto y las relaciones con el entorno el cual, define la faceta donde el padre/madre entra en relación con otro y su facilidad para expresar sus dificultades y emociones. El padre/madre puede ser confiado y cooperativo. Puede ser distante e indiferente, o manifestar una cierta oposición rayante en la hostilidad. (Brito, A. 2000).

Se debe observar la forma del lenguaje, es decir su alocución, que va desde el silencio (mutismo), hasta propósitos de caudal inagotable (logorrea). Su grado de comunicación y su sensibilidad a la autenticidad del diálogo, es una tendencia al monólogo indica las preocupaciones excesivas con respecto a sus problemas. El grado de conocimiento a los términos médicos.

Se pueden considerar en este aspecto la pobreza, sentimientos, su tonalidad agradable o desagradable, el grado de emotividad del paciente, la cualidad del humor, que puede ser normal o marcada por la tristeza (depresión), o por la euforia (excitación), el estado de las percepciones que pueden estar deformadas y se conocen como ilusiones, y se pueden manifestar en ausencia de objetos reales y se conocen como alucinaciones y la conducta, la cual se debe precisar sobre la conducta de la vida cotidiana (sueño, conducta alimenticia, vida familiar), así como la conducta social y en este aspecto debe hacerse notar la existencia posible de conductas tales como las tentativas de suicidio, fugas, comportamientos antisocial

Modelo teórico de Dorothy Jhonson

En relación a las competencias del profesional de enfermería tiene vigencia la teoría del Modelo de Sistemas Conductuales de Dorothy Jhonson (1980) la cual considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados. Cada subsistema conductual tiene requisitos estructurales (meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta) y funcionales (protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento. Los

subsistemas según Jhonson, D. son siete: dependencia, alimentación, eliminación, sexual, agresividad, realización y afiliación.

Según el Modelo, los conceptos del metaparadigma enfermero son: la persona, la cual es un sistema abierto, interrelacionado; se esfuerza constantemente en mantener una situación estable mediante la adaptación al entorno. El entorno, el cual hace referencia a un entorno externo e interno de la persona, aunque no lo explica. La salud, se dice que es un estado dinámico y difícil de conseguir, influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. Se define como el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona. Y la enfermería, es una fuerza de regulación externa, con el fin de mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual.

En el análisis externo Jhonson, D., (1980) refiere que “La constitución de cualquier profesión conlleva el desarrollo de un cuerpo específico de conocimientos” (s/p). Hasta hoy en día la profesión de enfermería ha adaptado teorías de otras disciplinas; Johnson desarrolló su modelo basándose en la psicología, sociología y etnología. Según su modelo la enfermería considera al individuo como una serie de partes interdependientes, que funcionan como un todo integrado; estas ideas fueron adaptadas de la Teoría de Sistemas.

En base a la propuesta de Jhonson (ob.cit) refiere que “La lógica, la semántica y la epistemología son la base de las disciplinas”. Los conceptos que maneja este modelo son estrés y tensión, (con el objetivo de reducirlos), en este sentido, se ha de entender la utilización de este concepto propio de la psicología como una ligadura o un vínculo. Sin embargo, debe ser tomado en referencia al sentido que se le ha otorgado en la teoría o modelo de procedencia, ya que cualquier variación sería del todo equívoca y no cumpliría su función de procurar los nexos, a través de los cuales se podrían construir conceptos propios para la enfermería, omitiendo, además, la universalidad que debe caracterizar a la Ciencia.

Teoría del psicoanálisis de Sigmund Freud

Para complementar las bases teóricas se planteará la Teoría del Psicoanálisis de Sigmund Freud (1900) en la cual se puede definir detalladamente la mente consciente, preconsciente e inconsciente. La mente consciente es todo aquello de lo que el individuo se da cuenta en un momento particular: las percepciones presentes, memorias, pensamientos, fantasías y sentimientos.

Cuando se trabaja muy centrado en estos apartados es lo que Freud llamó preconsciente, algo que hoy se llamaría memoria disponible, la cual, se refiere a todo aquello que el individuo es capaz de recordar; aquellos recuerdos que no están disponibles en el momento, pero que se es capaz de traer a la conciencia. Actualmente, nadie tiene problemas con estas dos capas de la mente, aunque Freud sugirió que las mismas constituían solo pequeñas partes de la misma.

La parte más grande estaba formada por el inconsciente e incluía todas aquellas cosas que no son accesibles a la conciencia, incluyendo muchas que se habían originado allí, tales como los impulsos o instintos, así como otras que no se pueden tolerar en la mente consciente, tales como las emociones asociadas a los traumas. De acuerdo con Freud, el inconsciente es la fuente de las motivaciones, ya sean simples deseos de comida o sexo, compulsiones neuróticas o los motivos de un artista o científico. Además, el individuo tiene una tendencia a negar o resistir estas motivaciones de su percepción consciente, de manera que solo son observables de forma disfrazada.

Una parte importante del cuerpo lo constituye el sistema nervioso, del que una de sus características más prevalentes es la sensibilidad que posee ante las necesidades corporales. En el nacimiento, este sistema es poco más o menos como el de cualquier animal, una cosa, o más bien, el Ello. El sistema nervioso como Ello, traduce las necesidades del cuerpo a fuerzas motivacionales llamadas pulsiones (en alemán Triebe). Freud también los llamó deseos. Esta traslación de necesidad a deseo es lo que se ha dado a conocer como proceso primario.

El Ello tiene el trabajo particular de preservar el principio de placer, el cual puede entenderse como una demanda de atender de forma inmediata las necesidades; por ejemplo: un bebé hambriento en plena rabieta. No sabe lo que quiere, en un sentido adulto, pero sabe que lo quiere en ese mismo momento. El bebé, según la concepción freudiana, es puro, o casi puro Ello. Y el Ello no es más que la representación psíquica de lo biológico.

A partir de aquí, la necesidad solo se hace más grande y los deseos se mantienen aún más. El individuo cuando no ha satisfecho una necesidad, ésta empieza a demandar cada vez más la atención del individuo, hasta que llega un momento en que no puede pensar en otra cosa más que esa necesidad. Este sería el deseo irrumpiendo en la consciencia.

El consciente, está unido a la realidad a través de los sentidos. Alrededor de esta consciencia, algo de lo que era cosa se va convirtiendo en Yo en el primer año de vida del niño. El Yo se apoya en la realidad a través de su consciencia, buscando objetos para satisfacer los deseos que el Ello ha creado para representar las necesidades orgánicas. Esta actividad de búsqueda de soluciones es llamada proceso secundario. El Yo, a diferencia del Ello, funciona de acuerdo con el principio de realidad, el cual estipula que se satisfaga una necesidad tan pronto haya un objeto disponible. Representa la realidad y hasta cierto punto, la razón.

No obstante, aunque el Yo se las ingenia para mantener contento al Ello (y finalmente al cuerpo), se encuentra con obstáculos en el mundo externo. En ocasiones se encuentra con objetos que ayudan a conseguir las metas. Pero el Yo capta y guarda celosamente todas estas ayudas y obstáculos, especialmente aquellas gratificaciones y castigos que obtiene de los dos objetos más importantes del mundo de un niño: la madre y el padre. Este registro de cosas a evitar y estrategias para conseguir es lo que se convertirá en Superyo. Esta instancia no se completa hasta los siete años de edad y en algunas personas nunca se estructurará.

Hay dos aspectos del Superyo: uno es la consciencia, constituida por la internalización de los castigos y advertencias. El otro es llamado el Ideal del Yo, el cual deriva de las recompensas y modelos positivos presentados al niño. La consciencia y el Ideal del Yo comunican sus requerimientos al Yo con sentimientos como el orgullo, la vergüenza y la culpa.

Es como si en la niñez se hubiesen adquirido un nuevo conjunto de necesidades y de deseos acompañantes, esta vez de naturaleza más social que biológica. Pero, por desgracia, estos nuevos deseos pueden establecer un conflicto con los deseos del Ello. Así mismo, el Superyo representaría la sociedad, y la sociedad pocas veces satisface sus necesidades.

Freud, S. (1900) dijo: “la vida no es fácil”. El Yo está justo en el centro de grandes fuerzas; la realidad, la sociedad, está representada por el Superyo; la biología está representada por el Ello. Cuando estas dos instancias establecen un conflicto sobre el Yo, es comprensible que la persona se sienta amenazada, abrumada y en una situación que no sabe cómo resolver. Este sentimiento es llamado ansiedad y se considera como una señal del Yo que traduce sobrevivencia y cuando concierne a todo el cuerpo se considera como una señal de que el mismo está en peligro.

Freud habló de tres tipos de ansiedades: la primera es la ansiedad de realidad, la cual puede llamarse en términos coloquiales como miedo. La segunda es la ansiedad moral y se refiere a lo que se siente cuando el peligro no proviene del mundo externo, sino del mundo social interiorizado del Superyo. Es otra terminología para hablar de la culpa, vergüenza y el miedo al castigo. La última es la ansiedad neurótica. Esta consiste en el miedo a sentirse abrumado por los impulsos del Ello.

Para finalizar, se dice que un último concepto usualmente criticado es el de inconsciente. En la actualidad, no se discute que algo parecido al inconsciente juega un papel en el comportamiento humano, pero de manera muy distinta a la naturaleza de cómo fue definido.

Los conductistas, humanistas y existencialistas defienden que las motivaciones y problemas atribuidos al inconsciente son bastante menos que los que promulgó Freud, y el inconsciente no es el gran recipiente de actividad que él describió. La mayoría de los psicólogos actuales consideran al inconsciente como todo aquello que no se necesita o no se quiere ver. En el caso del Síndrome de Münchausen por Poder esta teoría se adapta perfectamente a la situación del adulto, que maltrata al niño, cuyo comportamiento es inconsciente.

Así mismo, el Modelo de Sistemas Conductuales de Dorothy Johnson también es importante mencionarlo en este estudio, ya que como profesional de enfermería es importante estudiar la conducta del paciente, y tener una visión más amplia de sus intereses dentro del entorno en el que viven, para así saber cómo abordarlos.

Bases Legales

Desde el punto de vista legal la convención Internacional sobre los derechos del niño, coloca a la población frente a un cambio de paradigma en la cultura de la infancia, en la cual se reconocen a los niños y a los adolescentes como un sector fundamental de la sociedad y por lo tanto debe recibir de la familia, el estado y la sociedad la atención necesaria para su pleno desarrollo.

La Convención dispone que se proteja al niño no sólo del abuso de poder por parte del estado, sino también de todas las formas de abuso, violencia física y mental, mientras el niño se encuentre bajo custodia de los padres.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela

Entre los artículos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela está referido lo siguiente con respecto al maltrato infantil:

Artículo 30- de los derechos humanos, garantías y deberes, refiere que el estado protegerá a las víctimas de delitos y procurará que los culpables reparen los daños causados, en este caso las víctimas son los niños maltratados.

Artículo 43- derecho a la vida. protección a la vida.

Artículo 46- toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. Ninguna persona puede ser sometida a penas, torturas o tratos crueles, inhumanos o degradantes como es el caso del Síndrome de Münchausen por Poder.

Es necesario tener en cuenta que a nivel legal y ético, ninguna persona debe ser sometida sin su libre consentimiento a experimentos científicos, o a exámenes médicos o de laboratorios excepto cuando se encuentre en peligro su vida.

Artículo 83- la salud es un derecho social fundamental, es obligación del estado que lo garantice como parte del derecho a la vida, al igual que el Artículo 84.

LOPNA

Entre los artículos de la Ley Orgánica de Protección al Niño y al Adolescente, se estipula referente al maltrato los siguientes artículos:

Artículo 15- Derecho a la vida.

Artículo 30- Derecho a un nivel de vida adecuado.

Artículo 32- Derecho a la integridad personal.

Artículo 41- Derecho a la salud.

Estos artículos se relacionan con el tema, ya que todo niño y adolescente tienen derecho a vivir plenamente con una buena calidad de vida y tener una buena salud. Se deben tener en cuenta estos artículos, ya que con problemas como el planteado en este estudio se violan los derechos del niño de vivir con una

buena calidad de vida y una integridad personal, así mismo como el derecho de vivir.

Artículo 33- Derecho a ser protegidos contra abuso y explotación sexual.

Artículo 254- Trato cruel.

Estos dos artículos en cuanto al tema estudiado, son muy importantes mencionarlos, ya que, el Síndrome de Münchausen por Poder se considera como una forma de maltrato infantil, y al detectar el problema se procede a tomar en cuenta estos artículos, que protegen al niño contra el abuso, y contra el trato cruel, indiferentemente de quien sea el responsable.

Código Civil

Algunos artículos del Código Civil en cuanto al tema de la Violencia Familiar del Capítulo III como el Artículo 323. Así mismo, se puede mencionar del Capítulo VII de las personas inhábiles para el desempeño de la tutela y de las que deben ser separadas de ella el Artículo 450, el Artículo 503 y el Artículo 505. Estos tienen relación con el tema ya que, a estos padres con síndrome de Münchausen por Poder les quitan la custodia de sus hijos porque los están maltratando y les están generando un daño.

Código Penal Procesal

Otros artículos relacionados son el artículo 413- lesiones, el artículo 405- homicidio y los artículos 441 al 443 referentes al maltrato infantil del Código Penal.

Carta de Derechos Humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos proclamada por la ONU el 10 de diciembre de 1948 refiere que en el artículo 3 todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y seguridad de su persona, así mismo se declara en el artículo 5 que nadie será sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Si se viola algún artículo será denunciado a la corte internacional de los derechos humanos y será penado según lo indique la ley.

Por otra parte en la **Carta Interamericana de los Derechos Humanos** de la OEA proclamada el 22 de noviembre de 1962 en cuanto a los derechos del niño declara en el artículo 19 que todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiere por parte de su familia, sociedad y del estado.

A su vez en la **Declaración Universal de los derechos del Niño** de la ONU proclamada el 20 de noviembre de 1959 aprobada por la asamblea general de las Naciones Unidas queda claramente expresado según el principio 9 que el niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación; y en el principio 8 el niño debe en todas las circunstancias figurar entre los primeros que reciban atención y socorro.

Ley del ejercicio profesional de enfermería

Es importante mencionar los artículos referidos al estudio en base a la ley del ejercicio profesional de enfermería ya que, es el profesional de enfermería quien debe velar por la salud y bienestar del niño víctima de este tipo de maltrato.

En el Capítulo VII trata sobre las infracciones y el ejercicio ilegal de la enfermería. Se definen las infracciones y se menciona a aquellos que actúen como cómplices o encubridores de personas que practiquen actos sancionados por la ley penal como delitos, faltas o en este caso, atentan contra la vida del paciente.

En el artículo 2 se define lo que debe entenderse por ejercicio de la enfermería el cual es importante mencionarlo en este estudio. Se entiende por enfermería la ciencia y arte de cuidar la salud del individuo, familia y comunidad. Su campo de acción es la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre.

El artículo 24 refiere que le está prohibido al profesional de enfermería someter a los pacientes a procedimientos o técnicas que entrañen peligro a la salud sin su consentimiento.

Código Deontológico

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código Internacional de ética para enfermeros en 1958. En el año 2000 se actualizó y refiere que los enfermeros tienen 4 deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de enfermería es fundamental.

Por otra parte el código hace mención a que el profesional de enfermería contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación. De esta manera podrá reconocer con más facilidad a un padre con Síndrome de Münchausen por Poder al detectar sus características.

Sistema de Variables.

Síndrome de Münchausen: Este trastorno casi siempre involucra a una madre que abusa de su hijo buscándole atención médica innecesaria. Se trata de un síndrome raro, poco comprendido, y cuya causa es desconocida.

La madre puede simular síntomas de enfermedad en su hijo añadiendo sangre a su orina o heces, dejando de alimentarlo, falsificando fiebres, administrándole secretamente fármacos que le produzcan vómito o diarrea o empleando otros trucos como infectar las vías intravenosas (a través de una vena) para que el niño aparente o en realidad resulte enfermo.

Estos niños suelen ser hospitalizados por presentar grupos de síntomas que no encajan mucho en ninguna enfermedad conocida. Con frecuencia, a los niños se les hace sufrir a través de exámenes, cirugías u otros procedimientos molestos e innecesarios

Variable única: Competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de Padres y Representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Münchausen por Poder.

Definición Conceptual. Una competencia es la capacidad para responder a las exigencias individuales o sociales para realizar una actividad. Cada competencia reposa sobre una combinación de habilidades prácticas y cognitivas interrelacionadas, conocimientos, motivación, valores actitudes, emociones y otros elementos sociales y comportamentales que pueden ser movilizados conjuntamente para actuar de manera eficaz. **(OCDE)**

Definición operacional: Son las acciones y cuidados que realiza el profesional de enfermería para valorar, diagnosticar y atender las situaciones presentes en padres y representantes que indique criterios diagnóstico posible de Síndrome de Münchausen por Poder , considerando criterios comportamiento y tipología.

Operacionalización de las Variables

Variable única: Competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de Padres y Representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Münchausen por Poder.

DIMENSIÓN	INDICADORES	SUB INDICADORES	ÍTEMS
<p>Habilidad práctica y cognoscitivas para reconocer comportamiento en los padres: es aquel padre o madre que verbaliza la presencia de enfermedades en el niño(a), expresando todos los síntomas y signos y actúa de manera particular con el personal de salud.</p>	<p>Identificar Inducción de Lesiones Tipo Física en el Niño</p>	<p>Reporte de lesiones tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemáticas: Sangrado. - Respiratoria: Taquipnea - Neurológicas: Convulsión. - Gastrointestinal: Vómitos, diarreas. - Cutáneas: Quemaduras - Trastornos metabólicos. 	<p>1,2,3,4,5,6</p>

	<p style="text-align: center;">Cuidados Esenciales Que brinda el Padre al Niño</p>	<p>asertiva -Confianza. -Respeto. -Interacción o estimulación a distracción -Juego</p> <p>-Verifica Alimentación -Verifica Higiene -Verifica limpieza de la habitación -Verifica cumplimiento del tratamiento - Verifica Abrigo ,calzado y uso adecuado de ropa</p>	<p>16,17,18,19,20</p> <p>21,22,23,24,25</p>
--	---	---	---

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El Marco Metodológico constituye uno de los aspectos más importantes del proceso de investigación. Según Balestrini, M. (2002) el marco metodológico “es la instancia referida a los métodos, las diversas reglas, registros, técnicas y protocolos con los cuales una teoría y su método calculan las magnitudes de lo real”. (p. 126). Se describen métodos, técnicas y procedimientos que serán utilizados para llevar a cabo la investigación.

Tipo de Estudio

Según Ramírez, T. (1999) se puede identificar un estudio de tipo descriptivo ya que “...tiene por objeto intentar proponer soluciones en una situación determinada, a partir de la exploración, el describir, el explicar y proponer alternativas de cambio” (p.84). Se basa en el proceso causal, efecto deseado, eventos intervinientes. A través de este estudio se llega a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. En base a lo que se desea hacer con este estudio es caracterizar las competencias del profesional de enfermería en el

reconocimiento de padres y representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Münchausen por Poder.

Diseño de Investigación

El diseño de investigación se puede definir como aquel que lleva a la práctica los postulados generales del método científico, planificando actividades sucesivas y organizadas donde se encuentren las pruebas que se han de efectuar y las técnicas que se van a utilizar para recolectar y analizar los datos. (Bahena, 1988). A su vez, se puede decir que la investigación realizada está concebida dentro del diseño de Campo de fuente viva, ya que los datos (originales o primarios) para realizar el diagnóstico antes y después del tratamiento serán recogidos directamente de la realidad por las investigadoras, a fin de analizar el problema, describirlo, explicar sus causas y efectos, entender su naturaleza y factores constituyentes en una unidad de tiempo (UPEL, 1999).

Población

La población de este estudio está constituida por una población cautiva; accesible de cuarenta (40) enfermeras profesionales de atención directa con el paciente comprendida entre el turno de la mañana y el turno de la tarde de los servicios de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas divididos entre las áreas de pediatría médica, pediatría quirúrgica y emergencia pediátrica.

Según los planteamientos de Ramírez (1999), "...la población reúne a un grupo de individuos que pertenecen a una misma clase, por poseer características similares, pero con la diferencia que se refiere a un conjunto limitado por el ámbito del estudio a realizar" (p. 87). En efecto, éste concepto es el que se ajusta a este

estudio, porque la población se corresponde con las enfermeras que laboran en un área específica del Hospital Universitario de Caracas.

A su vez, es importante mencionar, el tipo de población; en este caso la población sería de tipo finita. Una población finita según lo plantea Ramírez, T. (1999) "Es aquella cuyos elementos en su totalidad son identificables por el investigador". (p.92). de acuerdo con esto, la población está identificada por las investigadoras y se constituye por la cantidad exacta de enfermeras del servicio de pediatría.

Muestra

Una vez obtenida la población se procede a extraer de la misma, la muestra, la cual será aquella en que se realizará el estudio planteado por las investigadoras, para ello es necesario saber lo que es una muestra. La muestra es un conjunto de individuos extraídos de la población a partir de algún procedimiento específico compuesta por unidades más pequeñas que pueden ser personas, centros o grupos. (Buendía, 2002).

El muestreo aplicado es de tipo intencionado, ya que las investigadoras seleccionaron (intencionalmente y no al azar) algunos elementos que consideraron típicos o representativos del hecho a estudiar, en este caso, la atención directa que tienen las profesionales de enfermería con los pacientes y los padres de estos niños, en la cual deben tener presente la problemática que puede estar presentándose. Se logró aplicar el instrumento a 15 profesionales de enfermería de una población de 40, debido a múltiples razones, entre las cuales prevalece la ausencia del personal a su sitio de trabajo, el personal que se encuentra de vacaciones, reposo, entre otros.

Métodos e instrumentos para la recolección de datos

A partir de las dimensiones e indicadores que surgieron de la descomposición de la variable, que dieron indicios sobre el tipo de información a obtener, se procedió a seleccionar el método e instrumento de recolección de datos, que según Ramírez (1999), "...es el procedimiento que se utiliza para obtener la información sobre el tema investigado" (p. 137). En el presente estudio se aplicará la técnica o método de entrevista, porque a través de ésta se pueden recoger datos en forma sistemática.

A su vez es importante mencionar el instrumento para la recolección de datos; según Arias, F. (1997) el instrumento es el medio material a través del cual se obtiene y almacena la información (p. 26). En este estudio, se aplicará la técnica de la entrevista mediante la modalidad de una guía de entrevista, y porque es éste el instrumento de recolección de datos más adecuado para la investigación.

Según Velázquez (2006) la entrevista es una técnica para la indagación y recolección de datos basada en el procedimiento del interrogatorio. La entrevista facilita datos que se extraen de un informante y que tienen que ver con el objeto de la investigación. Para el proceso de recolección de datos, se realizará la entrevista de forma directa y personal a cada profesional de enfermería que laboran en el servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas entre el turno de la mañana y la tarde.

La guía de entrevista fue elaborada en la siguiente forma; se elaboraron 25 reactivos que permiten explorar la variable del estudio en una escala de respuestas dicotómicas de SI – NO, las mismas permitirán interpretar las respuestas dadas por la población de estudio, para poder caracterizar las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterio diagnóstico de Síndrome de Münchausen por Poder.

Validez del instrumento

Para que el estudio se encuentre en condiciones óptimas para llevarlo a cabo hacia la muestra de estudio, es necesario referirse a ciertos aspectos importantes para que se confirme su validez, para ello, lo principal es conocer lo que significa la validez. Según Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. (1998) “La validez, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir...” (p.136).

En atención a este planteamiento y para verificar la validez del instrumento, se procederá a una validación externa del instrumento en el que participarán los siguientes profesionales: un especialista en Metodología de la Investigación, uno en el área de Psiquiatría, un Psicólogo y una licenciada en enfermería especialista en psiquiatría familiarizados con el tema y las variables a medir. Se tomarán en cuenta las observaciones de los expertos, se construirá el instrumento para aplicar la prueba piloto para calcular el coeficiente de confiabilidad.

Confiabilidad

Una vez validado y rediseñado el instrumento, se procederá a realizar la prueba de confiabilidad, con el propósito de que los resultados se consideren con cierto grado de confianza. Se aplicará la prueba piloto a un grupo de personas con características similares a la muestra objeto de estudio, pero en una dimensión espacial distinta a la de estudio. Una vez obtenida la confiabilidad, se elaborará el instrumento definitivo y se aplicará a la muestra seleccionada.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se procede a presentar la información obtenida, con la finalidad de dar respuesta a los objetivos e interrogantes planteados en la investigación, una vez aplicado el instrumento para la recolección de los datos.

A fin de presentar la información recolectada, se introduce en este capítulo técnicas graficas para la presentación de los datos. Estas técnicas graficas, están relacionadas con cuadros estadísticos y distribuciones porcentuales plasmadas en gráficos de barras, los cuales permitirán de forma clara y precisa los datos analizados en relación a la variable en estudio. Posterior se interpreta el comportamiento de cada categoría en cada una de las variables en estudio de acuerdo a las respuestas obtenidas de manera absoluta y porcentual.

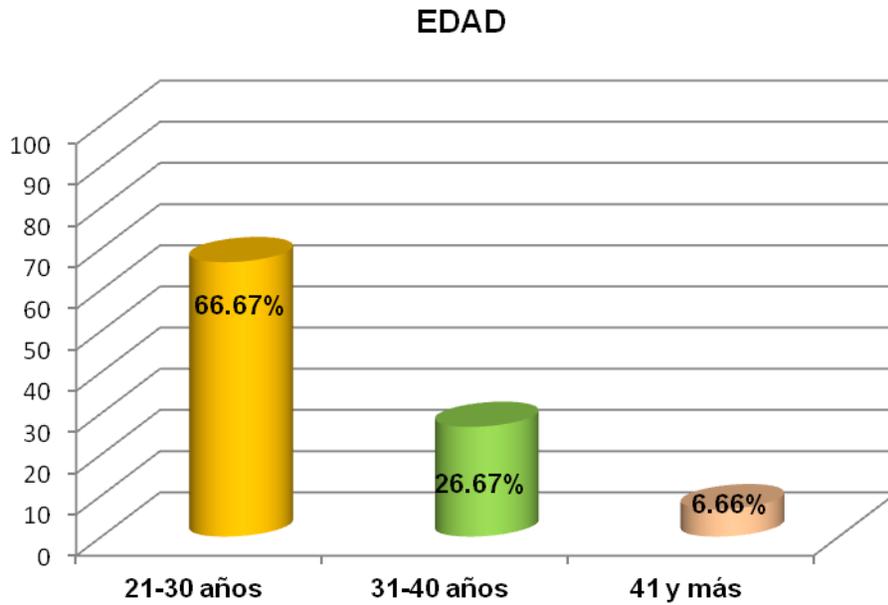
CUADRO N° 1

Distribución absoluta y porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido a: **Edad**

Edad	Fr.	%
21-30	10	66.67
31-40	04	26.67
41 y más	01	6.66
Total	15	100

Fuente: Instrumento aplicado

En el cuadro N° 1. Se observa que el 66,67% del personal de enfermería corresponde a las edades entre 21 a 30, el 26.67% entre las edades entre 31 a 40, y el 6.66% corresponde a más de 41 años de edad, Es decir, se evidencia que la población de enfermeras es relativamente joven.



Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 1. Distribución porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido a: **Edad**

CUADRO N° 2

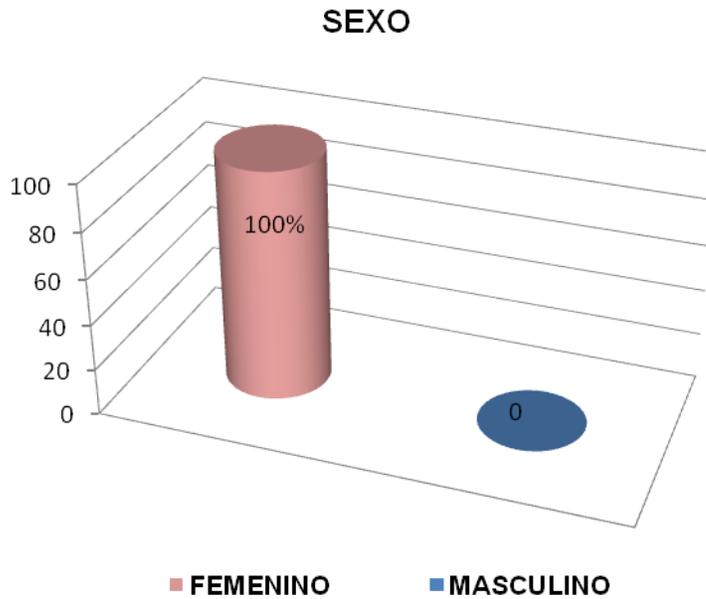
Distribución absoluta y porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y

representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido al: **Sexo**

Sexo	Fr.	%
Femenino	15	100
Masculino	0	0
Total	15	100

Fuente: Instrumento aplicado

En el cuadro Nº 2. Se observa que el 100% del personal de enfermería corresponde al sexo femenino.



Fuente: Cuadro N° 2

Gráfico N° 2. Distribución porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido al: **Sexo**

CUADRO N° 3

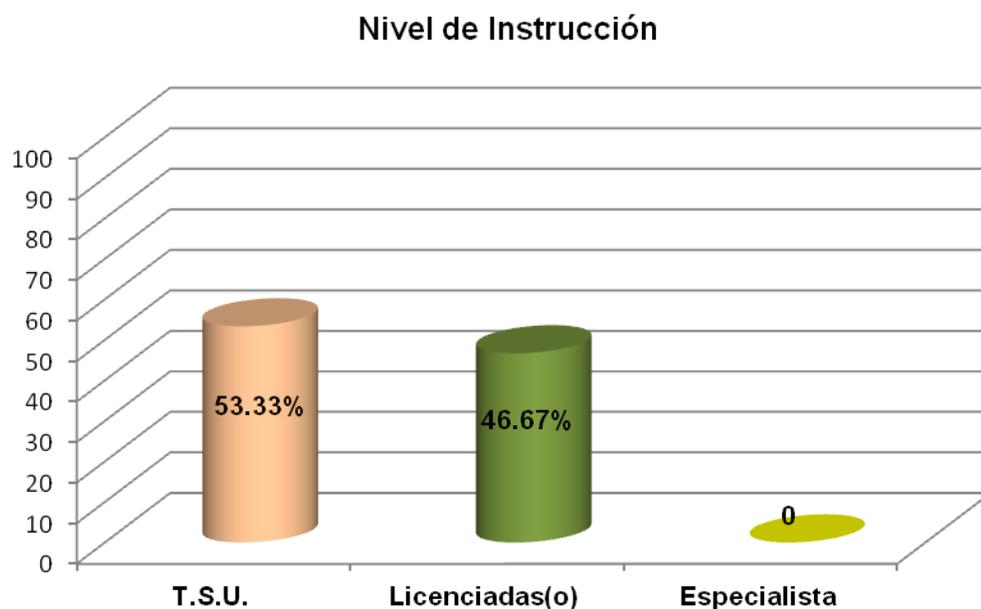
Distribución absoluta y porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y

representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido al: **Nivel de Instrucción.**

Nivel de Instrucción	Fr.	%
T.S.U.	08	53.33
Licenciada(o)	07	46.67
Especialista	0	0
Total	15	100

Fuente: Instrumento aplicado

En el cuadro N° 3 se observa que el 53.33% del profesional de enfermería son T.S.U. y el 46.67% son Licenciadas.



Fuente: Cuadro N° 3

Gráfico N° 3. Distribución porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder

en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido al: **Nivel de Instrucción.**

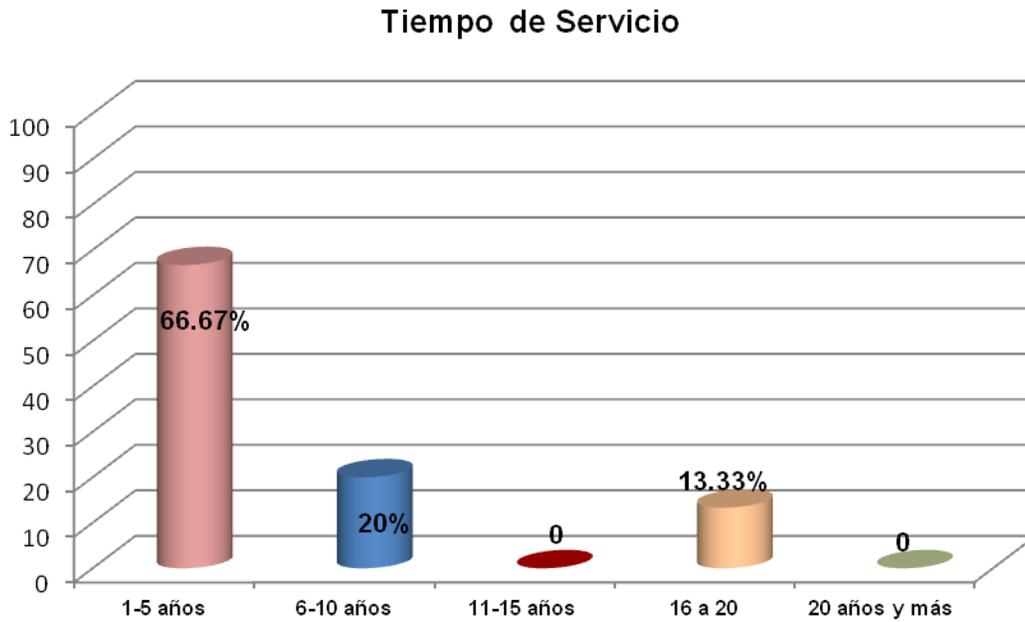
CUADRO N° 4

Distribución absoluta y porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido al: **Tiempo de Servicio.**

Tiempo de servicio	Fr.	%
1-5 años	10	66.67
6-10 años	03	20
11-15 años	0	0
16-20 años	02	13.33
20 años y más	0	0
Total	15	100

Fuente: Instrumento aplicado

En el cuadro N° 4 se observa que el 66.67% de las enfermeras tienen laborando entre 1 a 5 años en el servicio de pediatría, el 20% de 6 a 10 años, y el 13.33% de 16 a 22 años.



Fuente: Cuadro N° 4

Gráfico N° 4. Distribución porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido al: **Tiempo de Servicio.**

CUADRO N° 5

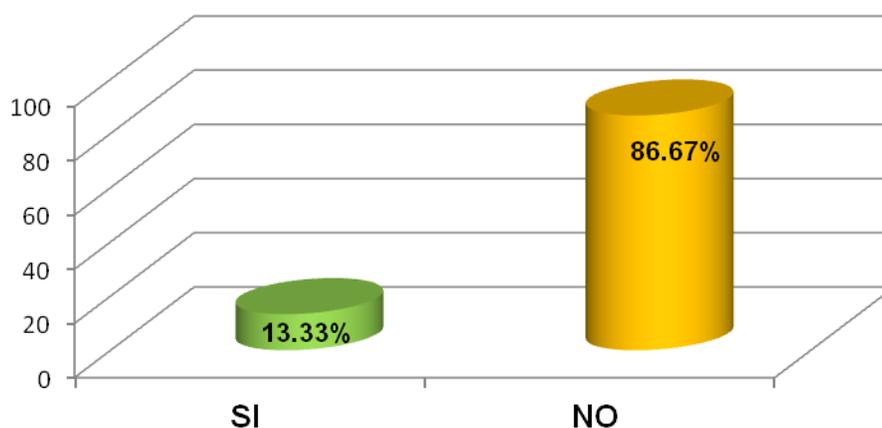
Distribución absoluta y porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder

en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido al: **Especialidad o formación específica.**

	SI		NO	
	Fr.	%	Fr.	%
Especialidad o formación específica.	02	13.33	13	86.67
Total	02	13.33	13	86.67

Fuente: Instrumento aplicado

En el cuadro N° 5 se evidencia que el 86.67% de las enfermeras que laboran en las áreas de pediatría del Hospital Universitario de Caracas no poseen ninguna especialidad o formación específica. Asimismo el 13.33% de las enfermeras poseen una especialidad o formación específica.



Fuente: cuadro N° 5

Distribución porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido al: **Especialidad o formación específica.**

CUADRO N° 6

Distribución absoluta y porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido a: **Habilidad práctica y cognoscitiva para reconocer el comportamiento en los padres.**

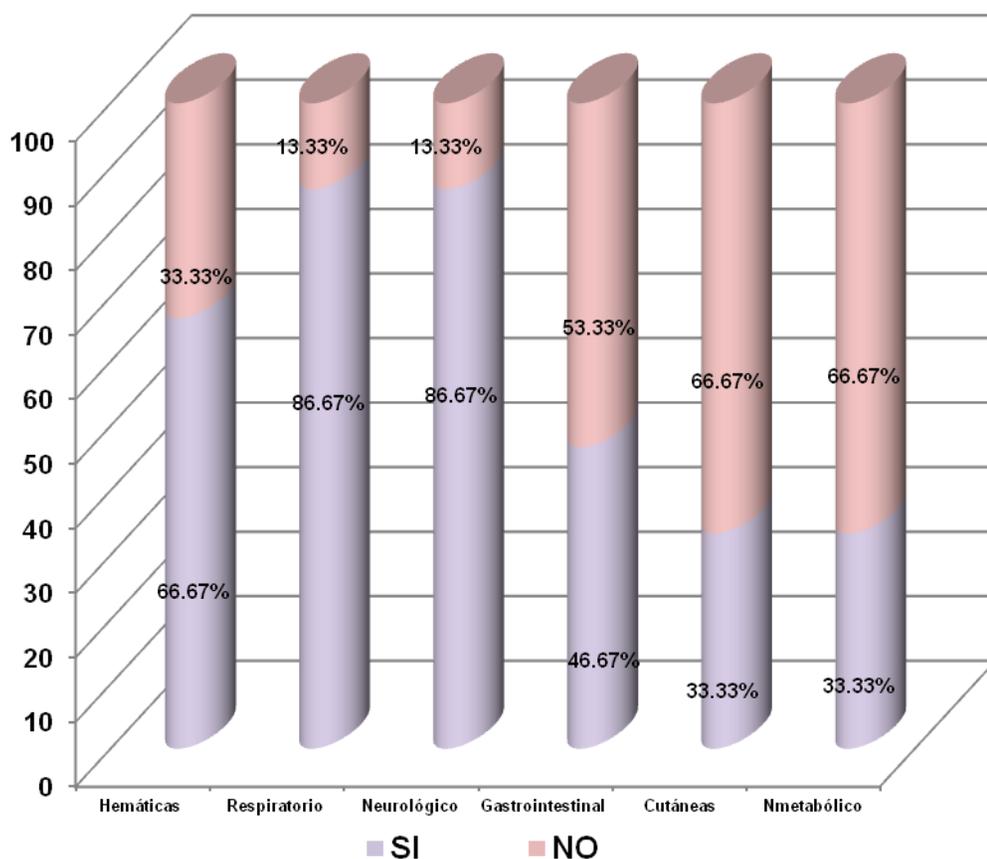
N°	Identificar inducción de lesiones tipo físico en el niño					Total	
		SI		NO		f	%
		f	%	f	%		
1	¿Usted observa por parte de éstos, exageración en la narración de reportes de lesiones que están presentes en el niño o niña de tipo hemáticas como: sangrado nasal, sangrado en la orina, heces o en otras zonas?	10	66.67	05	33.33	15	100
2	¿Usted observa por parte de éstos, exageración en la narración de reportes de lesiones que estén presentes en el niño o niña de tipo respiratorio como: taquipnea, asma, entre otros?	13	86.67	02	13.33	15	100
3	¿Usted observa por parte de éstos,	13	86.67	02	13.33	15	100

	exageración en la narración de reportes de lesiones que estén presentes en el niño o niña de tipo neurológicas como: convulsiones, cefalea, entre otros?						
4	¿Usted observa por parte de éstos, exageración en la narración de reportes de lesiones que estén presentes en el niño o niña de tipo gastrointestinal como: diarreas, dolor abdominal, estreñimiento, entre otros?	07	46.67	08	53.33	15	100
5	¿Usted observa por parte de éstos, exageración en la narración de reportes de lesiones que estén presentes en el niño o niña de tipo cutánea como: abscesos, quemaduras, rash, eritemas entre otros?	05	33.33	10	66.67	15	100
6	¿Usted observa por parte de éstos, exageración en la narración de reportes de lesiones que estén presentes en el niño o niña de tipo metabólicas como: diabetes, hepatotoxicidad, entre otros?	05	33.33	10	66.67	15	100

Fuente: Instrumento aplicado

Análisis

El cuadro N° 6 muestra en el ítem 1 que la prevalencia es que el 66.67% del profesional de enfermería observa por parte de los padres exageración en la narración de reportes de lesiones presentes en el niño o niña de tipo hemáticas. Muestra en los Ítems 2 y 3 que el 86.67% lo hace en los reportes de lesiones de tipo respiratorio y neurológico; en el ítem 4 el 46.67% lo realiza en los reportes de lesiones de tipo gastrointestinales; mientras que en los Ítems 5 y 6 el 33.33% observan la exageración de narración de reportes de lesiones de tipo metabólicas.



Fuente: Cuadro N° 6

Gráfico N° 6. Distribución porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido a: **Habilidad práctica y cognoscitiva para reconocer el comportamiento en los padres.**

CUADRO N° 7

Distribución absoluta y porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder

en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido a: **Habilidad práctica y cognoscitiva para reconocer tipología en los padres.**

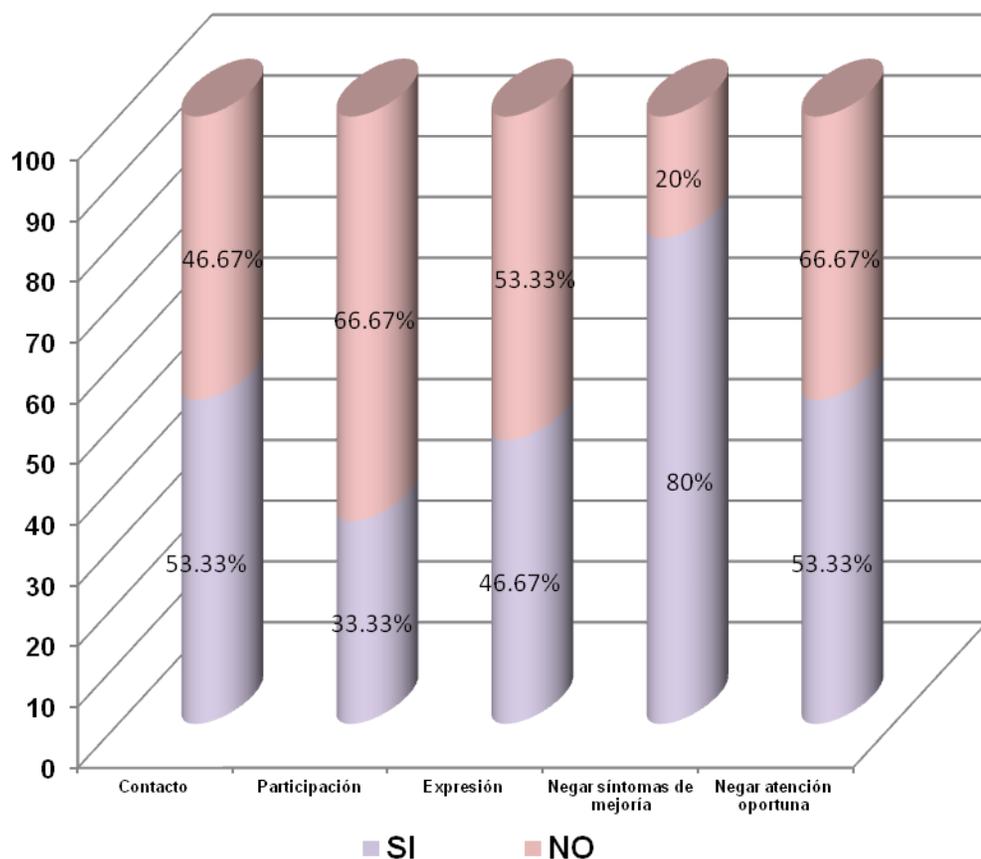
Nº	Inducción de lesiones de tipo psicológico en el niño					Total	
		SI		NO		f	%
		f	%	f	%		
7	¿Observa usted en el padre o representante la presencia de conductas o acciones que permitan evitar el contacto del personal de salud con el niño para ser valorado en forma minuciosa?	08	53.33	07	46.67	15	100
8	¿Observa usted en el padre o representante la presencia de conductas o acciones que permitan evitar que el menor participe en actividades recreativas y lúdicas planificadas en el servicio por el equipo de atención médica y pedagógica?	05	33.33	10	66.67	15	100
9	¿Observa usted en el padre o representante la presencia de conductas o acciones que permitan evitar que su representado pueda expresar a través de su capacidad de lenguaje (verbal o gestual) el cómo se siente?	07	46.67	08	53.33	15	100
10	¿Observa usted en el padre o representante la presencia de conductas o acciones que le permite al niño negar síntomas de mejoría a pesar de ser evidentes mediante las impresiones clínicas y evoluciones del equipo de salud?	12	80	03	20	15	100
11	¿Observa usted en el padre o representante la presencia de conductas o acciones que le permite al niño negar atención oportuna y de calidad a pesar de ser evidentes mediante las impresiones clínicas y evoluciones del equipo de salud?	08	53.33	07	46.67	15	100

Fuente: Instrumento aplicado

Análisis

El cuadro N° 7 muestra en el ítem 7 que la prevalencia es que el 53.33% del profesional de enfermería observa en el padre o representante la presencia de conductas o acciones que permiten evitar el contacto del mismo con el niño para que éste sea valorado de forma minuciosa. En el ítem 8 muestra que el 33.33%

del profesional de enfermería observa la presencia de conductas o acciones por parte del padre o representante que permiten evitar que el menor participe en actividades recreativas y lúdicas planificadas en el servicio por el equipo de atención médica y pedagógica; en el ítem 9 el 46.67% del profesional de enfermería observa por parte del padre o representante conductas que evitan que el niño exprese el cómo se siente. Se muestra que en el ítem 10 el 80% del profesional de enfermería observa por parte del padre o representante conductas que hacen que el niño niegue síntomas de mejoría a pesar de ser evidente ante la clínica. Por último en el ítem 11 el 53.33% del profesional de enfermería observa en el padre o representante la presencia de conductas o acciones que le permite al niño negar atención oportuna y de calidad a pesar de ser evidentes mediante las impresiones clínicas y evoluciones del equipo de salud.



Fuente: Cuadro N° 7

Gráfico N° 7. Distribución porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido a: **Habilidad práctica y cognoscitiva para reconocer tipología en los padres.**

CUADRO N° 8

Distribución absoluta y porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y

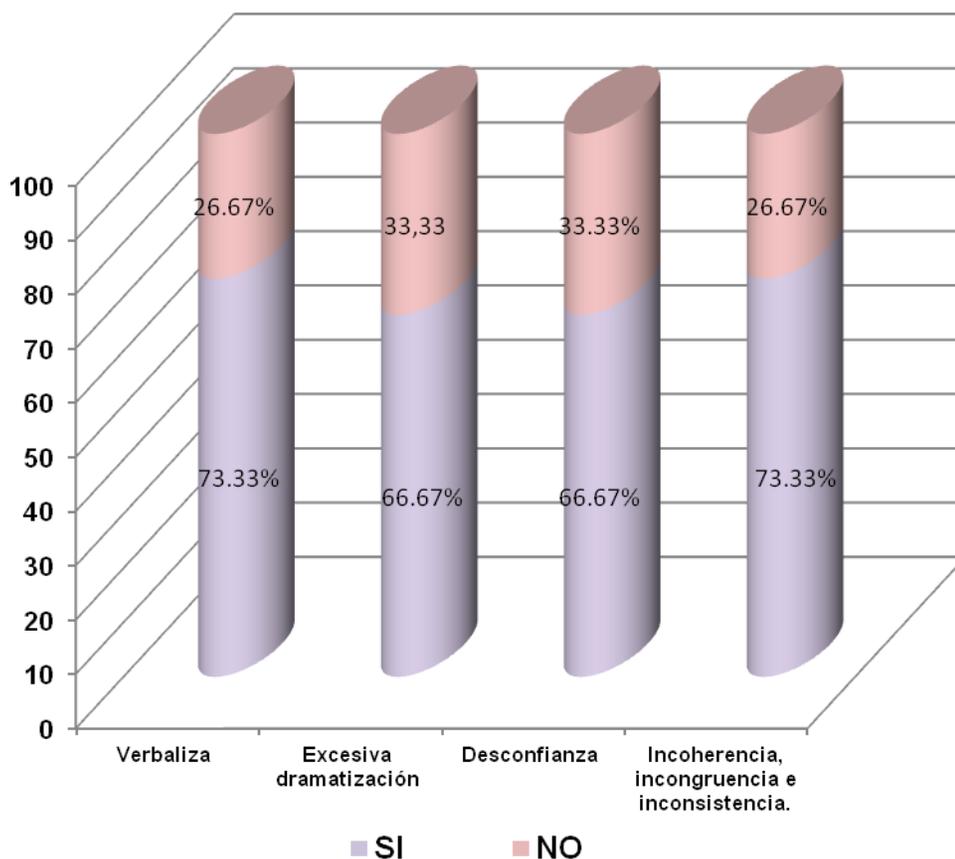
representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido a: **Habilidad práctica y cognoscitiva para reconocer tipología en los padres.**

Nº	Pseudología fantástica					Total	
		SI		NO		f	%
		f	%	f	%		
12	¿Percibe usted la manera en que éste(a) verbaliza la cronología de enfermedades en el niño?	11	73.33	04	26.67	15	100
13	¿Percibe una excesiva dramatización en la narración de los sucesos que causaron la lesión o enfermedad en el niño?	10	66.67	05	33.33	15	100
14	¿Percibe usted una muestra de desconfianza hacia el personal de salud al ver que se le realizan diferentes preguntas para saber la causa de la enfermedad o lesión en el niño?	10	66.67	05	33.33	15	100
15	¿Percibe usted incongruencia, incoherencia e inconsistencia en la narración de eventos de salud del niño?	11	73.33	04	26.67	15	100

Fuente: Instrumento aplicado

Análisis

En el cuadro N°8 se muestra que en el ítem 12 la prevalencia radica en que el 73.33% del profesional de enfermería percibe la manera en que el padre o representante verbaliza la cronología de enfermedades en el niño. En el ítem 13 el 66.67% del profesional de enfermería percibe a menudo una excesiva dramatización en la narración de los sucesos que causaron la lesión o enfermedad en el niño. Para el ítem 14 se muestra que el 66.67% percibe una muestra de desconfianza por parte del padre o representante hacia el equipo de salud al ver que se realizan diferentes preguntas para saber la causa de la lesión o enfermedad del niño. Se muestra en el ítem 15 que el 73.33% del profesional de enfermería percibe incongruencia, incoherencia e inconsistencia en la narración de eventos de salud del niño.



Fuente: Cuadro N° 8

Gráfico N° 8. Distribución porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido a: **Habilidad práctica y cognoscitiva para reconocer tipología en los padres.** Indicador: **Pseudología fantástica.**

CUADRO N° 9

Distribución absoluta y porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder

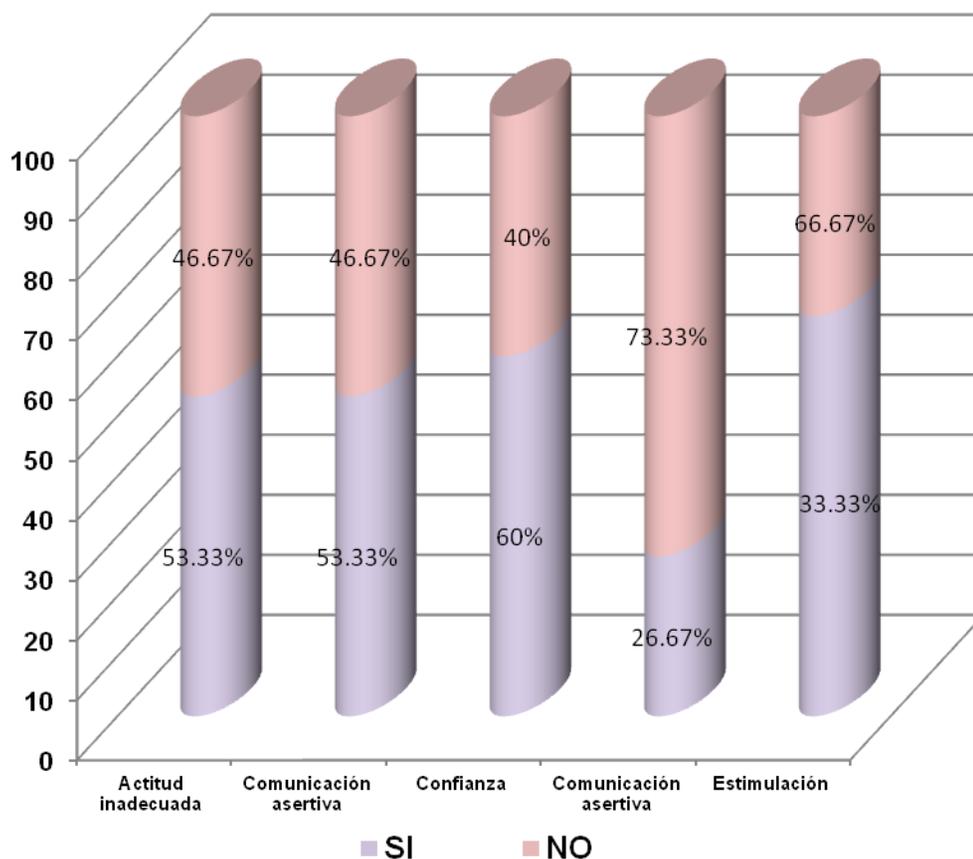
en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido a: **Habilidad práctica y cognoscitiva para reconocer tipología en los padres.**

Nº	Relación padre-niño					Total	
		SI		NO		f	%
		f	%	f	%		
16	¿Observa usted alguna actitud inadecuada en cuanto a la relación padre-hijo y la muestra de afecto hacia el niño?	08	53.33	07	46.67	15	100
17	¿Observa usted una comunicación asertiva por parte del padre o madre hacia el niño?	08	53.33	07	46.67	15	100
18	¿Observa usted una muestra de confianza entre el niño y el padre o representante?	09	60	06	40	15	100
19	¿Observa usted por parte del padre o madre una buena comunicación y respeto hacia el niño?	04	26.67	11	73.33	15	100
20	¿Observa usted por parte del padre o madre alguna estimulación a actividades de distracción, juegos, entre otras cosas dirigidas hacia el niño?	05	33.33	10	66.67	15	100

Fuente: Instrumento aplicado

Análisis

En el cuadro N°9 en cuanto a la relación padre – hijo se muestra que la prevalencia es que en el ítem 16 el 53.33% del profesional de enfermería observa una actitud inadecuada en cuanto a la relación padre- hijo y la muestra de afecto hacia el niño. Para el ítem 17 la prevalencia es que igualmente el 53.33% del profesional de enfermería si observa una comunicación asertiva del padre o madre hacia el niño. En el ítem 18 se muestra que el 60% del profesional de enfermería observa una muestra de confianza entre el niño y el padre o representante. Por otra parte, en el ítem 19 se evidencia una respuesta negativa de 73.33% por parte del profesional de enfermería, en la cual no observa a menudo una buena comunicación ni respeto del padre o madre hacia el niño. Por último en el ítem 20 se muestra que el 66.67% del profesional de enfermería no observa por parte del padre ninguna estimulación a actividades de distracción, juegos, entre otras cosas dirigidas hacia el niño.



Fuente: Cuadro N° 9

Gráfico N° 9. Distribución porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido a: **Habilidad práctica y cognoscitiva para reconocer tipología en los padres.** Indicador: **Relación padre-niño**

CUADRO N° 10

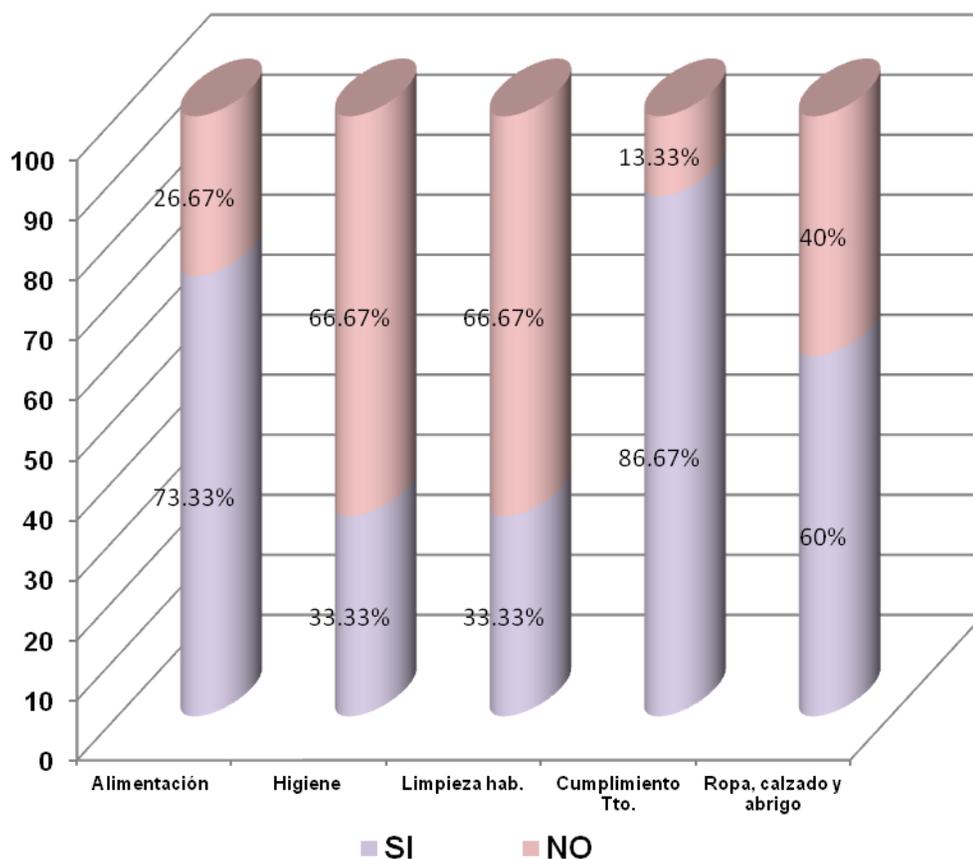
Distribución absoluta y porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido a: **Habilidad práctica y cognoscitiva para reconocer tipología en los padres.**

Nº	Cuidados esenciales que brinda el padre al niño					Total	
		SI		NO		f	%
		f	%	f	%		
21	¿Percibe usted preocupación por parte del padre sobre la alimentación del niño, si está bien, si está comiendo adecuadamente, y lo comunica al personal de salud?	11	73.33	04	26.67	15	100
22	¿Percibe usted interés por parte del padre sobre la higiene del niño?	05	33.33	10	66.67	15	100
23	¿Percibe usted interés por parte del padre sobre la limpieza de la habitación donde se encuentra el niño en pro de mejorías de su salud?	05	33.33	10	66.67	15	100
24	¿Percibe usted preocupación por parte del padre sobre el cumplimiento del tratamiento del niño, qué medicamentos y qué tipo de exámenes se le está realizando?	13	86.67	02	13.33	15	100
25	¿Percibe usted adecuado uso de ropa, calzado y abrigo en el niño?	09	60	06	40	15	100

Fuente: Instrumento aplicado

Análisis

En el cuadro N° 10 se muestra la prevalencia que en el ítem 21 el 73.33% del profesional de enfermería percibe preocupación por parte del padre sobre la alimentación del niño, si está bien, si está comiendo adecuadamente, y lo comunica al personal de salud. En el ítem 22 el 66.67% del profesional de enfermería no percibe interés por parte del padre o representante sobre la higiene del niño. Para el ítem 23 el 66.67% del profesional de enfermería no percibe interés por parte del padre sobre la limpieza de la habitación donde se encuentra el niño en pro de mejorías de su salud. En el ítem 24 el 86.67% del profesional de enfermería percibe preocupación por parte del padre sobre el cumplimiento del tratamiento del niño, qué medicamentos y qué tipo de exámenes se le está realizando. Y por último en el ítem 25 el 60% del profesional de enfermería percibe un uso adecuado de ropa, calzado y abrigo en el niño por parte del padre o representante.



Fuente: Cuadro Nº 10

Gráfico Nº 10. Distribución porcentual de las respuestas emitidas en relación a las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por Poder en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas para el primer semestre del año 2011, referido a: **Habilidad práctica y cognoscitiva para reconocer tipología en los padres.** Indicador: **Cuidados esenciales que brinda el padre al niño.**

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el siguiente contenido se presentan las conclusiones del estudio, y, como producto de los resultados analizados anteriormente, se ofrecen las recomendaciones.

Conclusiones

La incidencia del Síndrome de Münchausen por Poder se valora en función de las víctimas detectadas, del mismo modo que se hace en otras formas de abuso infantil. El número de casos de este Síndrome puede verse incrementado, por una mayor comprensión del trastorno, conforme la atención profesional mejore el reconocimiento de las complejas características que en este síndrome repercuten en la víctima pero definen la psicopatología del perpetrador (a).

Ahora bien, este estudio se realizó con la finalidad de caracterizar las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterio diagnóstico de Síndrome de Münchausen por Poder; para ello se indago sobre las habilidades prácticas y cognoscitivas del profesional de enfermería para identificar este trastorno y sus consecuencias hacia el niño(a) que ingresa a la emergencia pediátrica del hospital clínico universitario.

Se realizó una entrevista a cada uno de los profesionales de enfermería que labora en el servicio de pediatría del Hospital Universitario de Caracas acerca de sus habilidades para valorar las distintas lesiones tanto físicas o psicológicas presentes en el niño(a) que pudieran estar vinculadas con sus representantes, cuidadores o padres los perpetradores, el resultado evidencia que el profesional de enfermería valora, observa, e identifica una gran parte de las características de las lesiones físicas y psicológicas presentes en el niño(a), pero carecen de la habilidad cognoscitiva necesaria para vincular estos hallazgos con el síndrome de Münchausen por Poder.

El profesional de enfermería entrevistado manifiesta que en la mayor parte del tiempo si observan actitudes, aptitudes incomprensibles entre los padres, cuidadores y representantes; y los niños (as), pero reconocen que no están familiarizados con los criterios para vincular estos con el síndrome de Münchausen por Poder y considera lo importante que es reconocer la tipología y el comportamiento de estos padres, cuidadores y representantes.

Los profesionales de enfermería que laboran en el área de pediatría como agentes promotores de la salud y agentes de cambio en pro de la salud del paciente pediátrico deben estar conscientes de la alta e importante misión que les compete, deben asumir la responsabilidad de actualizarse constantemente y estar inmersos dentro de las diferentes patologías desde el ámbito fisiopatológico y psicopatológico que afectan y atentan contra la vida del niño(a), sea directa o indirectamente como es en este caso de síndrome de Münchausen por Poder.

Recomendaciones

Con base en las conclusiones planteadas se presentan las siguientes recomendaciones.

Si se considera a cada perpetrador, como sujeto particular de estudio, el análisis de sus semejanzas ayudará a mejorar el conocimiento de esta patología. No obstante, de forma obligada, se recomienda aplicar todos los criterios de investigación que se propongan y cada caso deberá ser estudiado en el contexto de sus circunstancias, considerando las acciones realizadas por la madre o padre perpetradores y el riesgo que éstos conllevan para el hijo.

Asimismo se debe valorar el daño físico o psicológico real producido en el niño(a) y la capacidad del perpetrador para reconocer parte o todo su comportamiento. Todo ello servirá para mejorar la definición clínica del Síndrome de Münchausen por Poder.

Implementar talleres, charlas, seminarios, para actualizar los conocimientos y promover la participación activa del profesional de enfermería en reconocer las características del síndrome de Münchausen por Poder y todas aquellas actividades que se consideren importantes con la finalidad de mejorar las habilidades y sus competencias, y de esta manera se conviertan en excelentes promotores de salud, con capacidad suficiente para valorar, detectar, orientar, reconocer el síndrome y ayudar a los niños víctimas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barrios, D. (2008). **Habilidades Cognitivas y Metacognitivas**. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/danielb558/habilidades-cognitivas-y-metacognitivas> [Consulta: 2011, septiembre 18]

Brito, A. (2000). **Síndrome de Münchausen. Un reto para el clínico**. [Revista en línea]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol39_4_00/med05400.htm. [Consulta: 2011, Octubre, 1]

Bustos, E. (2002). **Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría**. [Documento en línea]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/enf_salud_mental-pdf. [Consulta: 2011, mayo 16]

Carreiro, M., García, P., Hernández, D., Bravo, M., Epelboim, P., Paccione, R., (1998). **Síndrome de Münchausen: presentación de un caso y revisión de la literatura**. [Revista en línea]. Disponible en: [http://www.onm.org.ve/FTPANM/online/1998/Octubre-Diciembre/II.%20Carreiro%\(20\(531-539\).pdf](http://www.onm.org.ve/FTPANM/online/1998/Octubre-Diciembre/II.%20Carreiro%(20(531-539).pdf).

Carta Interamericana de los Derechos Humanos. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.oea.org/juridico/tratados/v-32-html>. [Consulta: 2011, mayo 18].

Castillo, N. **Maltrato Infantil**. [Revista en línea]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/maltrato-infantil>. [Consulta: 2009, abril 20].

China, M.; Rivas, I. y Atagua, E. (2000). **Intervención de enfermería en niños con Síndrome de Maltrato Infantil atendidos en la Emergencia Pediátrica del Hospital Dr. Domingo Guzmán Lander Barcelona durante el primer semestre**

del año 2000. Trabajo Especial de Grado. Universidad Central de Venezuela. Escuela de Enfermería. Caracas.

Clayton, P. Hyler, S., Luisada, P., Peele, R., Soskis, D., Spitzer, R., et al. (1986). **DSM-III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** Barcelona, España: Masson.

Código Civil (1982). Gaceta oficial de la República de Venezuela 2990 (extraordinario). Julio 26, 1982.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000). Gaceta Oficial Extraordinario N° 5.453. Marzo 24, 2000.

Cruz Roja venezolana (2008). **Maltrato Infantil.** [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.cruzrojavenzolana.org>. [Consulta: 2009, junio 17].

Declaración Universal de los Derechos Humanos y del Niño de la ONU. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr>. [Consulta: 2011, mayo 18].

Delgado, A. (1997). **Síndrome de Münchausen por Poderes. Niños Maltratados.** Madrid: Díaz de Santos.

Echeverría, P. (2002). **Etapas del desarrollo de Jean Piaget.** [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.soeduc.cl/.../Etapas%20del%20Desarrollo%20de%20Jean%20Piaget.doc>. [Consulta: 2011, mayo 16]

Ezcurra, J., González, A., Gutiérrez, M. (2001). **Salud Mental, atención primaria.** [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.grupoaulamedica.com/aula/smental1.pdf>. [Consulta: 2009, mayo 02]

Feldman, M. (1999). **Síndrome de Münchausen por Poder**. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.Münchausen.com>.

Feldman, M. (1999). **Self-Help & Psychology**. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.shpn.com/articles/parenting/hsmun.html>.

Gail, S.; Laraira, M. (2006). **Enfermería Psiquiátrica, principios y práctica**. 8^o edición. Mosby.

García, F. (2010). **Competencias de enfermería**. [artículo en línea]. Disponible en: <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvde/b>. [Consulta: 2011, mayo 19].

Gilligan, C. (2008). **Cuidados de enfermería pediátrica**. [Revista en línea]. Disponible en: <http://enfermeria-pediatica.blogspot.com/2008/01/plan-de-cuidados-de-enfermera-del-nio.html>. [Consulta: 2011, mayo 16].

Granadas, N., Berro, J. (2005). **Responsabilidad penal de los sujetos intervinientes en el Síndrome de Münchausen por Poderes**. Universidad Católica “Andrés Bello”. Área de derecho. Ciencias penales y criminalísticas. Caracas.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). **Metodología de la Investigación**. 2^a.ed. México: McGraw Hill.

Karlin, N. (1995). **Münchausen Syndrome by Proxy**. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.bratretreat.org/brpr/v4n1.html>.

Lasher, L.J. (2004). **Münchausen By Proxy**. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.mbpexpert.com/definition.html>. [Consulta: 2009, mayo 4].

Le Bert, P. (Director). (2000). **Mi madre, Mi asesina**. [Programa de TV]. EEUU. Documental/ Discovery Home & Health.

Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente. (1998). Gaceta Oficial de la República de Venezuela, 5266 (extraordinario), Octubre 02, 1998.

López, J.; Valdés, M. (2008). **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM- IV- TR**. Masson.

López, M.; Jiménez, J. (2005). **Trastornos Facticios en pediatría. Síndrome de Münchausen por Poder**. 1º edición. España: Salamanca.

López, R. (1975). **El niño y su inteligencia. Una introducción a la psicología de Piaget**. Venezuela: Monte Ávila.

Loredo, A & Sierra, J. (1994). **Maltrato al Menor**. México: McGraw Hill.

Lozano, F. (2005). **Etapas del desarrollo del niño**. [Artículo en línea]. Disponible en: <http://www.percianadigital.com/index.php/component/content/article/las-etapas-del-desarrollo-del-niño>. [Consulta: 2011, marzo 2].

Molina, A. (1983). **Una forma de maltrato por delegación: el Síndrome de Münchausen por Poder**. Trabajo de ascenso, Universidad Central de Venezuela, facultad de Humanidades y educación, escuela de psicología, Caracas.

Muñoz, A. **Síndrome de Münchausen por Poderes**. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.cepvi.com/articulos/munchausen.shtml>. [Consulta: 2009, abril 27].

Parma, C. (2009). **Münchausen: Asesinato por maltrato infantil**. [Revista en línea]. Disponible en: http://www.carlosparma.com.ar/pdf/cp_d_pe_14.pdf. [Consulta:2009, abril 20].

Polit, D.F. y Hungler, B.P. (2000). **Investigación científica en ciencias de la salud**. México: McGraw-Hill.

Ramírez, T. (1999). **Cómo hacer un proyecto de Investigación**. Caracas: Panapo.

Rosales, R. (2008). **Relación Padres e Hijos**. [Documento en línea]. Disponible en: http://biosalud.saber.ula.ve/db/ssalud/edocs/articulos/Relacion_padreshijos.pdf. [Consulta: 2011, Octubre, 1].

Reyes, C. (2005). **Perfil del profesional de enfermería**. [Documento en línea]. Disponible en: http://www.prematuros.cl/webnoviembre05/enfermeríaneonatal/rol_enfermera.htm. [Consulta: 2011, mayo 16].

Rodríguez, L.; Gómez, M. y Del Pilar, A. (2003). **Estado del arte sobre el Síndrome de Münchausen por Poderes**. Trabajo Especial de Grado. Pontificia Universidad Javeriana. Escuela de Psicología. Colombia.

Solis, P. (2009). **Escala de comportamientos para madres y padres con niños pequeños**. [Documento en línea]. Disponible en: http://www.librosdepsicologia.com/product_details.php?item_id=153. [Consulta: 2011, marzo 02].

Tamayo y Tamayo, M. (2000). **El proceso de la investigación científica**. 3ª.ed. México: Limusa.

Tomson, A. (1996). **Maltrato Infantil y Desorden Mental; Discusión artículo nº 3.** [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.Münchhausen.com>.

Ugalde, M. (2001). **Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría.** 2º edición. Masson.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Vicerrectorado de Investigación y Postgrado. (2006). **Manual de Trabajos de Grado y de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales.** 4ª.ed. Caracas: Autor.

Velázquez. (2006). **La investigación de la comunicación y sus procedimientos metodológicos.** [Documento en línea]. Disponible en: http://www.patatabrava.com/apunts/documents/metodes_velazquez.doc
[Consulta: 2011, abril 5].



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

GUÍA DE ENTREVISTA

El presente instrumento tiene como propósito determinar las competencias del profesional de enfermería en el reconocimiento de padres y representantes con criterio diagnóstico de Síndrome de Münchausen por Poder.

Las respuestas que se obtengan serán utilizadas en forma confidencial y sólo para uso de la investigación.

Agradeciendo su valiosa colaboración dado que la información suministrada se traducirá en un gran aporte para la elaboración del Trabajo Especial de Grado, permitiendo proponer cambios favorables y significativos en el proceso de reconocimiento de padres y representantes con criterio diagnóstico de Síndrome de Münchausen por Poder.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad_____

Sexo_____

Nivel de instrucción_____

Tiempo que tiene trabajando en el servicio_____

Tiene alguna especialidad o formación especializada especifique

GUÍA DE ENTREVISTA

A continuación se encontrarán una serie de ítems, A LOS CUALES SE LES DEBE SELECCIONAR UNA SOLA ALTERNATIVA

PLANTEAMIENTO	SI	NO
Durante la entrevista con el padre o la madre: ¿Usted observa por parte de estos, exageración en la narración de reportes de lesiones que estén presentes en el niño o niña de tipo Hemáticas: como Sangrado nasal, sangrado en la orina, heces o en otras zonas?		
¿Usted observa por parte de estos, exageración en la narración de reportes de lesiones que estén presentes en el niño o niña de tipo respiratorio como taquipnea, asma, entre otros?		
¿Usted observa por parte de estos, exageración en la narración de reportes de lesiones que estén presentes en el niño o niña de tipo neurológicas como convulsiones, cefaleas, entre otros?		
¿Usted observa por parte de estos, una dramatización y teatralidad al momento de reportar lesiones que estén presentes en el niño o niña de tipo gastrointestinal como emesis, diarreas, dolor abdominal, estreñimiento, entre otros?		
¿Usted observa por parte de estos, una dramatización y teatralidad al momento de reportar lesiones que estén presentes en el niño o niña de tipo cutáneas como abscesos, quemaduras, rash, eritemas, entre otros?		
¿Usted observa por parte de estos, una dramatización y teatralidad al momento de reportar lesiones que estén presentes en el niño o niña de tipo		

metabólicas como diabetes, hepatotoxicidad, entre otros?		
Durante la interacción y prestación del cuidado al niño o niña:		
¿Observa usted en el padre o representante la presencia de conductas o acciones que permitan evitar el contacto del personal de salud con el niño para ser valorado en forma minuciosa?		
¿Observa usted en el padre o representante la presencia de conductas o acciones que permitan evitar que el menor participe en actividades recreativas y lúdicas planificadas en el servicio por el equipo de atención médica y pedagógica?		
¿Observa usted en el padre o representante la presencia de conductas o acciones que permitan evitar que su representado puedan expresar a través de su capacidad de lenguaje (verbal o gestual) el cómo se siente?		
¿Observa usted en el padre o representante la presencia de conductas o acciones que le permite al niño negar síntomas de mejoría a pesar de ser evidentes mediante las impresiones clínicas y evoluciones del equipo de salud?		
¿Observa usted en el padre o representante la presencia de conductas o acciones que le permite al niño negar atención oportuna y de calidad a pesar de ser evidentes mediante las impresiones clínicas y evoluciones del equipo de salud?		
Durante la entrevista con el padre o madre:		
¿Percibe usted la manera en que éste(a) verbaliza la cronología de enfermedades en el niño?		
¿Percibe usted una excesiva dramatización en la narración de los sucesos que causaron la lesión o enfermedad en el niño?		
¿Percibe usted una muestra de desconfianza hacia personal de salud al ver que se le realizan diferentes preguntas para saber la causa de la enfermedad o lesión en el niño?		
¿Percibe usted incongruencia, incoherencia e inconsistencia en la narración de eventos de salud del niño?		
Durante su turno de trabajo en el cuidado del paciente pediátrico:		
¿Observa usted alguna actitud inadecuada en cuanto a la relación padre – hijo y la muestra de afecto hacia el niño?		
¿Observa usted una comunicación asertiva por parte del padre o madre		

hacia el niño?		
¿Observa usted una muestra de confianza entre el niño y el padre o representante?		
¿Observa usted por parte del padre o madre una buena comunicación y respeto hacia el niño?		
¿Observa usted por parte del padre o madre alguna estimulación a actividades de distracción, juegos, entre otras cosas dirigidas hacia el niño?		
A través de los cuidados que brinda un padre o madre a su hijo:		
¿Percibe usted preocupación por parte del padre sobre la alimentación del niño, si está bien, si está comiendo adecuadamente, y lo comunica al personal de salud?		
¿Percibe usted interés por parte del padre sobre la higiene del niño?		
¿Percibe usted interés por parte del padre sobre la limpieza de la habitación donde se encuentra el niño en pro de mejorías de su salud?		
¿Percibe usted interés por parte del padre sobre el cumplimiento del tratamiento del niño, qué medicamentos y qué tipo de exámenes se le está realizando?		
¿Percibe usted un adecuado uso de ropa, calzado y abrigo en el niño?		

