



**Universidad
Europea**

PROYECTO FIN DE GRADO

**ANÁLISIS CRIMINOLÓGICO Y PSIQUIÁTRICO
FORENSE DEL TRASTORNO FACTICIO IMPUESTO A
OTRO Y SU RELACIÓN CON EL MALTRATO INFANTIL**

AUTORA: Sara García Contreras

Tutora: Brenda Sánchez Villasante

Grado en Criminología

Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación

UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID

Sara García Contreras

**ANÁLISIS CRIMINOLÓGICO Y PSIQUIÁTRICO FORENSE DEL
TRASTORNO FACTICIO IMPUESTO A OTRO Y SU RELACIÓN
CON EL MALTRATO INFANTIL**

**UNIVERSIDAD EUROPEA
Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación
Grado en Criminología**

Tutora: Brenda Sánchez Villasante

Madrid, a 15 de mayo de 2025

Dedicatoria

A mis padres, por ser el pilar esencial en mi vida, por apoyarme incondicionalmente en cada meta que me propongo y por estar siempre a mi lado. Todo lo que soy, os lo debo.

A mi familia, tanto materna como paterna, y a mis amigos, que también forman parte de ella, por ser un apoyo constante y estar presentes en los momentos más importantes. Este logro es por y gracias a vosotros.

Agradecimientos

A lo largo de esta etapa formativa, he tenido la fortuna de contar con el respaldo de una institución que ha marcado profundamente mi crecimiento académico y personal. Mi agradecimiento a la Universidad Europea de Madrid, por ofrecer un entorno educativo dinámico, exigente y enriquecedor, donde cada desafío ha supuesto una oportunidad de aprendizaje.

A mi tutora, Brenda, por su constante apoyo y dedicación desde el primer día. Ha sido una verdadera fortuna contar con su conocimiento, compromiso y orientación a lo largo de este camino, elementos que han resultado esenciales para la realización de este proyecto.

Gracias por su paciencia, por estar siempre disponible cuando la he necesitado, y por sus valiosos consejos, que han contribuido significativamente a mi crecimiento académico y personal. Gracias por su inspiración y entrega. Sin su ayuda, este trabajo no habría sido posible.

Me gustaría reconocer el apoyo y la implicación de todos los profesores que he tenido a lo largo del grado, en especial a Jorge, cuya guía ha sido clave durante el desarrollo de este trabajo. Su criterio, paciencia y orientación han contribuido decisivamente a que este proyecto tomara forma.

RESUMEN

Este trabajo analiza el Trastorno Facticio Impuesto a Otro (TFIO), anteriormente conocido como Síndrome de Münchhausen por poderes, desde una perspectiva criminológica y psiquiátrica forense. Se estudian los factores de riesgo asociados a los agresores, su perfil psicológico y la relación directa con el maltrato infantil. El TFIO constituye una forma severa de abuso, en la que se provoca o simula una enfermedad en un menor con el fin de obtener atención, validación o beneficios externos.

Se revisa la escasa literatura disponible y se profundiza en tres casos paradigmáticos (Marybeth Tinning, Lacey Spears y Dee Dee Blanchard), que permiten identificar patrones comunes de manipulación, simulación médica y consecuencias fatales para las víctimas. Se analiza también el papel de los profesionales implicados y las implicaciones legales del delito.

El trabajo concluye con una propuesta de mejora en los mecanismos de detección, prevención y respuesta institucional, destacando la necesidad de formación específica y protocolos efectivos para proteger a las víctimas.

PALABRAS CLAVE:

Trastorno facticio, Münchhausen por poderes, maltrato infantil, criminología forense, psiquiatría, abuso por sustitución.

ABSTRACT

This paper analyzes Forced factitious disorder (FFD), formerly known as Münchhausen's Syndrome by proxy, from a criminological and forensic psychiatric perspective. The risk factors associated with offenders, their psychological profile and the direct relationship with child maltreatment are studied. TFIO constitutes a severe form of abuse, in which an illness is provoked or simulated in a minor in order to obtain attention, validation or external benefits.

We review the limited available literature and examine three paradigmatic cases (Marybeth Tinning, Lacey Spears and Dee Dee Blanchard), which allow us to identify common patterns of manipulation, medical simulation and fatal consequences for the victims. The role of the professionals involved and the legal implications of the crime are also analyzed.

The paper concludes with a proposal to improve detection, prevention and institutional response mechanisms, highlighting the need for specific training and effective protocols to protect victims.

KEYWORDS:

Factitious disorder, Münchhausen by proxy, child abuse, forensic criminology, psychiatry, surrogate abuse.

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. Problema de investigación.....	11
1.2. Pregunta de investigación.....	12
1.3. Justificación e importancia del estudio.....	12
1.4. Objetivos.....	13
1.4.1. Objetivo General.....	13
1.4.2. Objetivos Específicos.....	13
1.5. Hipótesis de Investigación.....	13
1.5.1. Hipótesis principal.....	13
1.5.2. Hipótesis secundarias.....	13
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	14
2.1. Marco teórico.....	14
2.1.1. El Maltrato infantil.....	14
2.1.1.1. Definición, tipos y consecuencias.....	14
2.1.1.2. La relación del maltrato infantil y el trastorno facticio impuesto a otro.....	18
2.1.2. El Trastorno Facticio Impuesto a Otro.....	20
2.1.2.1. Conceptualización del trastorno facticio impuesto a otro (antes síndrome de münchhausen por poder).....	20
2.1.2.2. Características psicológicas y comportamentales del agresor.....	21
2.1.2.3. Diferenciación con otros trastornos psiquiátricos.....	23
2.1.2.4. Factores de riesgo asociados al agresor: Historia de maltrato en la infancia y necesidad de atención y refuerzo social.....	24
2.1.2.5. Factores de protección y estrategias de prevención.....	27
2.1.2.6. Profesionales implicados.....	28
2.1.3. Análisis de casos detallados.....	30
2.1.3.1. Caso de Marybeth Tinning (EEUU).....	30
2.1.3.2. Caso de Lacey Spears (EE.UU., 2014).....	32
2.1.3.3. Caso de Dee Dee y Gypsy Rose Blanchard (EE.UU.).....	33
2.1.3.4. Conclusiones extraídas de los estudios de caso.....	36
2.1.3.5. Aspectos criminológicos reseñables de los casos seleccionados.....	37
2.1.4. Implicaciones legales y judiciales.....	37
2.1.4.1. Procesos judiciales y criterios probatorios en casos de trastorno facticio impuesto a otro.....	37
2.1.4.2. Consecuencias penales y civiles para los agresores.....	39
2.1.4.3. Protección y derechos de las víctimas menores de edad.....	39
2.1.5. Teorías criminológicas relacionadas con los fenómenos de estudio.....	42
2.1.5.1. Teoría del aprendizaje social (Bandura y la imitación del comportamiento delictivo).....	42

2.1.5.2. Teoría del control social (Hirschi y la influencia de vínculos familiares y sociales).....	43
2.1.5.3. Teoría de la Anomia (Durkheim y Merton: desviación y normas sociales).....	44
2.1.5.4. Teoría feminista (Perspectiva de género en los casos de agresores y víctimas).....	45
2.1.5.5. Teoría de las oportunidades delictivas (Cloward y Ohlin: análisis del entorno del agresor).....	46
3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	46
3.1. Diseño de la investigación.....	46
3.2. Consideraciones éticas.....	47
3.3. Fuentes de información y criterios de selección.....	48
3.4. Limitaciones del estudio.....	51
3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	52
4. CONCLUSIONES.....	56
5.1. Amplitud y limitaciones de la investigación.....	59
5.2. Futuras líneas de investigación.....	60
5. BIBLIOGRAFÍA GENERAL.....	61
6. REFERENCIAS NORMATIVAS.....	66
ANEXO 1.....	67
ANEXO 2.....	68
ANEXO 3.....	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 - Tipos de violencia intrafamiliar.....	14
Tabla 2 - Factores de riesgo asociados al agresor que sufre trastorno facticio a otro.....	24
Tabla 3 - Observaciones criminológicas relevantes de los casos seleccionados.....	35
Tabla 4 - Aspectos criminológicos reseñables de los casos seleccionados (Tinning, Spears y Blanchard.....)	37
Tabla 5 - Relación entre el trastorno facticio impuesto a otro y la teoría del aprendizaje social de Bandura.....	42
Tabla 6 - Relación entre el trastorno facticio impuesto a otro y la teoría del control social de Hirschi.....	43
Tabla 7 - Relación entre el trastorno facticio impuesto a otro y la teoría de la anomia de Durkheim y Merton.....	44
Tabla 8 - Relación entre el trastorno facticio impuesto a otro y la teoría feminista.....	45
Tabla 9 - Relación entre el trastorno facticio impuesto a otro y la teoría de las oportunidades de Cloward y Ohlin.....	46
Tabla 10 - Criterios de inclusión y exclusión sobre los casos seleccionados (Tinning, Spears y Blanchard).....	48
Tabla 11 - Criterios de inclusión y exclusión sobre la exclusión sobre la bibliografía escogida.....	50

Tabla A1 - Criterios de inclusión y de exclusión utilizados para la selección de la bibliografía.....67

Tabla A2 - Contribución de los ODS al Trabajo de Fin de Grado.....68

ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

<i>Sigla</i>	<i>Inglés</i>	<i>Español</i>
SMP	Münchausen Syndrome by proxy	Síndrome de Münchausen por Poderes
TFIO	Forced factitious disorder	Trastorno Facticio Impuesto a Otro
LECr	Criminal Procedure Law	Ley de Enjuiciamiento Criminal
CP	Criminal Code	Código Penal

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Problema de investigación

Según Moral Jiménez y Melendi Mancebo (2023), el Trastorno Facticio Impuesto a Otro (TFIO) fue acuñado inicialmente como “Síndrome de Münchausen” por Asher en 1951. Este autor utilizó el término para referirse a personas que fabrican o provocan síntomas físicos, psicológicos o ambos, sin otro objetivo que adoptar el rol de paciente.

Por un lado, implica la acción de engañar a profesionales sanitarios con fines de beneficio personal. Por otro, compromete a médicos y personal encargado del cuidado, quienes ofrecen soluciones médicas ante síntomas inexistentes. Más adelante, en 1977, Meadow reformuló el término como “Síndrome de Münchausen por Poderes” (SMP). Esta modificación describía los síntomas inducidos en menores por sus cuidadores, quienes los sometían a tratamientos o cirugías innecesarias (Moral Jiménez y Melendi Mancebo, 2023).

Según Cujiño et al. (2012), el trastorno facticio impuesto a otro, antes conocido como “Síndrome de Münchausen”, es un diagnóstico poco común. Se caracteriza por la inducción creíble de síntomas en otra persona, lo cual lleva al personal sanitario a considerar su autenticidad. Esto obliga a realizar múltiples pruebas y procedimientos, incluyendo, en algunos casos, intervenciones quirúrgicas. Aunque físicamente sanas, estas víctimas son tratadas como si estuvieran enfermas. Se considera una forma de maltrato infantil con características muy distintas a las formas más comunes de abuso.

A pesar de su importancia clínica y académica, la literatura científica sobre este trastorno es escasa. Representa un reto considerable tanto para los investigadores como para los profesionales de la salud. Esta falta de información puede explicarse por varios motivos. En primer lugar, su complejidad. Analizar e investigar estos casos resulta complicado, ya sea por las motivaciones del agresor o por la dinámica familiar en la que se desarrolla. En segundo lugar, muchos especialistas en psiquiatría no están suficientemente formados para identificar o estudiar este trastorno, lo que dificulta su diagnóstico.

Por último, existe una limitada atención investigadora al respecto, lo que complica aún más el acceso a información relevante. A lo largo de este trabajo, se abordará esta condición utilizando indistintamente los términos Trastorno Facticio Impuesto a Otro y Síndrome de Münchausen.

1.2. Pregunta de investigación

¿Cómo se manifiesta el trastorno facticio impuesto a otro desde una perspectiva criminológica y psiquiátrico-forense, y cuál es su relación con el maltrato infantil y la respuesta institucional?

1.3. Justificación e importancia del estudio

Según Soria Güidone (2006), el Síndrome de Münchausen por Poder, actualmente conocido como trastorno facticio impuesto a otro, es una condición poco común. El primer caso documentado fue descrito por Meadow en 1977, en niños. A pesar de que todavía es poco conocido, se ha observado un aumento progresivo en el número de diagnósticos a nivel mundial. En países de habla hispana, se han registrado más de 700 casos. En más del 95 % de ellos, la autora del maltrato es la madre, quien induce o provoca las enfermedades diagnosticadas en el menor.

El TFIO no solo implica al agresor que genera el daño, sino también a los profesionales sanitarios. Estos, sin saberlo, pueden convertirse en cómplices involuntarios al continuar realizando pruebas y procedimientos invasivos al no encontrar una causa clara para los síntomas del niño. Por esta razón, es fundamental visibilizar este trastorno, ya que sus consecuencias físicas y psicológicas pueden marcar la vida del menor a largo plazo.

Rosenberg, en 1987, documentó 117 casos. En el 98 % de ellos, la madre biológica fue identificada como responsable. Años más tarde, Sheridan (2003) analizó 451 casos y determinó que, en el 76,5 % de ellos, también la madre fue quien infligió el daño.

Además, este trabajo se enmarca dentro del compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030. Específicamente, contribuye al ODS 3 (Salud y bienestar), al abordar un problema de salud mental que afecta al bienestar de menores; al ODS 5 (Igualdad de género), ya que explora cómo el rol de cuidadora tradicional puede convertirse en un factor de riesgo para ciertas mujeres; y al ODS 16 (Paz, justicia e instituciones sólidas), al proponer mejoras en los mecanismos de protección y en la respuesta institucional ante el maltrato infantil (Naciones Unidas 2015).

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Estudiar el trastorno facticio impuesto a otro desde un enfoque criminológico y psiquiátrico, estableciendo su vínculo con el maltrato infantil y analizando las implicaciones legales que conlleva.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Analizar el perfil criminológico y psiquiátrico de los agresores que perpetran este tipo de abuso, con el fin de identificar factores de riesgo y posibles patrones de conducta.
2. Investigar los métodos actuales de detección, intervención y judicialización en los casos de trastorno facticio impuesto a otro, con el objetivo de determinar sus limitaciones y señalar áreas susceptibles de mejora en cuanto a la prevención y sanción del delito.

1.5. Hipótesis de Investigación

1.5.1. Hipótesis principal

El trastorno facticio impuesto a otro constituye una forma de maltrato infantil gravemente subdiagnosticada, como consecuencia de la capacidad de manipulación del agresor y la ausencia de protocolos específicos que permitan su detección temprana.

1.5.2. Hipótesis secundarias

1. Las personas que desarrollan el trastorno facticio impuesto a otro suelen tener antecedentes de trauma infantil o presentar trastornos de la personalidad, factores que inciden en la manifestación de conductas abusivas.
2. Las carencias en la formación de los profesionales del ámbito sanitario y educativo dificultan la detección precoz de este tipo de maltrato, incrementando así el riesgo de un daño prolongado en la víctima.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. Marco teórico

2.1.1. El Maltrato infantil

2.1.1.1. Definición, tipos y consecuencias

“La violencia es todo acto u omisión que atente contra la integridad física, psíquica o sexual de una persona, contra su libertad o que amenace gravemente el desarrollo de su personalidad” (Alarcón Forero, Araújo Reyes, Godoy Díaz, Vera Rueda, 2010). En este sentido, el maltrato infantil se vincula con la violencia intrafamiliar, entendida como una forma de violencia que se ejerce dentro del núcleo familiar o en el ámbito del hogar, donde el agresor comparte el mismo espacio de convivencia.

Por su parte, “la violencia intrafamiliar es toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de algún otro miembro de la familia” (Organización Panamericana de la Salud).

De acuerdo con Alarcón Forero, Araújo Reyes, Godoy Díaz y Vera Rueda (2010), la UNICEF ha identificado tres tipos principales de maltrato infantil, cada uno de ellos con diversos subtipos asociados.

Tabla 1. Tipos de violencia intrafamiliar

Categoría	Formas	Definición	Método
Violencia de pareja	Abuso psicológico o emocional.	Se refiere a cuando un miembro de la unión marital es afectado.	Insultar, humillar, ignorar, hacer sentir inferior, amenazas constantes de abandono o agresión.
	Abuso físico	Acción destinada principalmente a causar daño físico en el cuerpo de la pareja.	Empujar, golpear con las manos o con objetos, patear, morder, asfixiar, usar armas.

Violencia de pareja	Abuso sexual	Forzamiento de actos sexuales en contra de la voluntad de la pareja.	Forzar a tener relaciones sexuales, manipular a través de la sexualidad, hacer proposiciones o exhibicionismo.
	Abuso financiero	Negar el acceso a las necesidades básicas de otra persona.	Retener dinero, controlar los recursos económicos, hacer chantaje o privar de acceso a necesidades básicas.
Maltrato infantil	Maltrato físico	Hace referencia al maltrato o abandono de niños y adolescentes hasta los 18 años.	Golpear, zarandear, quemar, morder, o utilizar castigos físicos excesivos.
	Maltrato emocional o psicológico	Agresión verbal constante mediante insultos, críticas, burlas, indiferencia y rechazo directo hacia el menor o adolescente.	Hacer sentir al niño o adolescente despreciado, criticar constantemente, burlarse, aislar, hacerlos testigos de violencia familiar.
	Negligencia	Ausencia de protección o cuidado básico por parte de quienes tienen la responsabilidad de brindarlo.	No proporcionar alimentos, atención médica, educación, o cuidado básico.
	Abandono	Negligencia extrema por parte de los adultos.	Dejar al niño solo por largas horas o en lugares públicos, no proporcionarle

			cuidados esenciales, no asistir a la escuela o a citas médicas.
Maltrato infantil	Abuso sexual	<p>Cualquier tipo de acto sexual con un niño, niña o adolescente, realizado por un adulto, ya sea familiar o cuidador, que posea una posición de autoridad o poder sobre él o ella.</p>	Abuso sexual: Realizar tocamientos inapropiados, usar el poder o la autoridad para manipular al menor, hacer propuestas sexuales explícitas o forzar actividades sexuales.
			Agresión sexual: Contacto físico con el menor sin su consentimiento, con o sin acceso carnal, utilizando violencia o intimidación.
			Exhibicionismo: Mostrar los genitales frente al menor o hacer exhibiciones sexuales sin contacto físico.
			Explotación sexual infantil: Proxenetismo, prostitución infantil, tráfico sexual, y turismo sexual infantil.
Violencia contra personas de 3^a edad	Se aplican las mismas formas de violencia mencionadas anteriormente, dado que, debido a su avanzada edad, estas personas también se encuentran en una posición de menor poder dentro de la familia.		

Fuente: Elaboración propia a partir de Alarcón Forero, Araújo Reyes, Godoy Díaz, y Vera Rueda (2010)

Las consecuencias del maltrato infantil pueden dividirse en diferentes categorías. En primer lugar, se encuentran los efectos sociales y conductuales. Estos abarcan desde una baja autoestima hasta problemas más graves, como dificultades de aprendizaje y atención. Además, es común que se desarrollen relaciones interpersonales deficientes y conductas agresivas. Por tanto, los efectos del maltrato no solo impactan en la vida adulta de quienes lo sufren, sino también en su entorno social.

Un estudio realizado por Wodarski y colaboradores evidenció que los niños maltratados presentan problemas en el ámbito académico, en la comunidad y en el hogar. También se observan dificultades para desarrollar habilidades sociales, ya que suelen tener problemas para iniciar vínculos con otras personas, aunque con el tiempo adoptan actitudes más rígidas (Alarcón Forero, Araújo Reyes, Godoy Díaz, Vera Rueda, 2010).

Asimismo, según un estudio de Katherine Pears y su equipo, se identificaron retrasos en funciones cognitivas y en el desarrollo de habilidades sociales. También se detectaron cambios significativos en la relación madre-hijo tras los episodios de maltrato. Cuando la madre tenía antecedentes de abuso emocional, la relación mostraba un alto nivel de disfunción. En casos de abuso físico, la relación se volvía especialmente conflictiva (Alarcón Forero et al., 2010).

En segundo lugar, se deben mencionar los efectos patológicos sobre el sistema nervioso central. Factores estresantes de alta intensidad, derivados del maltrato, pueden generar alteraciones a largo plazo en el desarrollo del niño. La infancia es una etapa de gran vulnerabilidad ante las influencias externas, por lo que estas experiencias traumáticas pueden afectar gravemente su crecimiento emocional y neurológico (Alarcón Forero et al., 2010).

Durante los episodios de abuso, la ansiedad intensa activa el locus coeruleus y el sistema nervioso simpático, lo que produce la liberación de noradrenalina. Además, puede desarrollarse un estado de estrés crónico, con síntomas como hipervigilancia, inatención, dificultades de memoria y aprendizaje, así como comportamientos psicóticos. También se relaciona con la aparición de conductas adictivas y distimia, resultado de una alteración en la regulación del sistema dopaminérgico mesolímbico (Alarcón Forero et al., 2010).

Un estudio de Kaplow y colaboradores mostró que los adultos que sufrieron maltrato en su infancia utilizaban el hemisferio cerebral izquierdo para tareas académicas y el derecho para recordar experiencias traumáticas. En contraste, los adultos sin antecedentes de maltrato empleaban ambos hemisferios de forma integrada para ambas funciones, lo que evidencia una menor comunicación cerebral en las víctimas de abuso (Alarcón Forero et al., 2010).

En tercer lugar, se encuentran los efectos orgánicos. El abuso infantil puede causar desde lesiones leves hasta daño cerebral grave o incluso la muerte. Un estudio reveló que el 26,4 % de los niños víctimas de maltrato sufrían dolores abdominales uno o dos años después del suceso. Asimismo, muchas mujeres que fueron maltratadas en la infancia presentan problemas gastrointestinales sin causa clínica aparente. Por esta razón, en algunos casos, los médicos deben investigar antecedentes de abuso sexual, físico o psicológico para comprender el origen de estos síntomas (Alarcón Forero et al., 2010).

Finalmente, se deben considerar los efectos psiquiátricos. A lo largo del tiempo, se ha comprobado que el maltrato infantil puede dar lugar a trastornos de personalidad en la edad adulta. Varios estudios muestran que entre el 34 % y el 53 % de los pacientes con enfermedades mentales tienen antecedentes de abuso físico o sexual durante su infancia. La aparición de patologías psiquiátricas está especialmente relacionada con factores como la ausencia de una figura de apoyo, la exposición a violencia, la cercanía con el agresor y los abusos sexuales con penetración (Alarcón Forero et al., 2010).

Entre los trastornos más frecuentes se encuentran el trastorno antisocial, el estrés postraumático y conductas agresivas. También se asocian con el consumo de sustancias, la depresión y alteraciones en la conducta alimentaria. Se estima que entre un 40 % y un 50 % de las víctimas desarrollan estrés postraumático, con síntomas como bajo rendimiento escolar, ansiedad, trastornos del sueño, actitudes desafiantes y conductas violentas. En cuanto a los trastornos alimentarios, predominan los atracones compulsivos y la bulimia nerviosa (Alarcón Forero et al., 2010).

2.1.1.2. La relación del maltrato infantil y el trastorno facticio impuesto a otro

En la relación entre el trastorno facticio impuesto a otro y el maltrato infantil, es importante analizar las motivaciones del agresor. Las experiencias traumáticas en la infancia pueden influir significativamente, ya que algunas personas replican el daño sufrido hacia sus hijos como forma de control. Estas conductas se aprenden y normalizan desde la infancia.

Una motivación destacada es la necesidad económica. Algunos individuos buscan beneficios financieros a través del menor, como ayudas sociales o asistencia sanitaria gratuita. Si la persona presenta traumas no resueltos, puede inducir enfermedades en el niño para desviar su atención de sus propios conflictos.

También es habitual que estos sujetos busquen atención, tanto del entorno como de los profesionales sanitarios. A menudo necesitan llenar un vacío existencial o dar sentido a su vida a través de este rol. Suelen mostrar poca empatía hacia el sufrimiento del niño, especialmente el provocado. Frecuentemente este trastorno coexiste con otros, como el histriónico o el límite de la personalidad, donde la manipulación y búsqueda de atención son comunes.

Otro vínculo con el maltrato infantil son las consecuencias para la salud del menor. El daño físico y psicológico es grave. Someter al niño a exploraciones, tratamientos o cirugías innecesarias compromete su salud física. A nivel emocional, el estrés constante puede derivar en ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático.

Una consecuencia adicional es la pérdida de confianza en los profesionales sanitarios. La dificultad para identificar al agresor puede dar la impresión de que los médicos no resuelven el problema, alimentando la desconfianza. Además, estos menores desarrollan desconfianza generalizada, complicando sus relaciones interpersonales. Otro riesgo es la repetición del patrón. Estos niños podrían, en el futuro, reproducir conductas abusivas con sus hijos, perpetuando un ciclo intergeneracional de maltrato.

Los profesionales de la salud y trabajadores sociales desempeñan un papel clave. Deben contar con protocolos claros y formación específica para comprender el trastorno y sus consecuencias. La detección temprana es esencial para evitar el agravamiento de la situación.

Deben reconocer las señales de alerta y, si hay sospecha, activar el protocolo legal: notificar a las autoridades y garantizar un entorno seguro para el menor. La intervención debe incluir seguimiento médico, apoyo psicológico y supervisión de trabajadores sociales para asegurar su bienestar.

2.1.2. El Trastorno Facticio Impuesto a Otro

2.1.2.1. Conceptualización del trastorno facticio impuesto a otro (antes síndrome de münchausen por poder)

El trastorno facticio impuesto a otro es una forma de abuso infantil en la que el tutor o cuidador provoca enfermedades en el menor. El término "Síndrome de Münchhausen" fue acuñado por Asher en 1951, inspirado en las historias exageradas del Barón de Münchhausen. Asher fue el primero en interesarse por este fenómeno, que durante mucho tiempo fue ignorado o etiquetado con otros nombres como "adicción a la cirugía", "adicción a los hospitales" o "enfermedad ficticia".

A quienes lo padecían se les conocía como "pacientes peregrinos" o "vagabundos de hospital". Desde su identificación, el trastorno fue conocido como síndrome de münchausen, aunque en la actualidad se denomina Trastorno Facticio Impuesto a Otro. Los pacientes de Asher relataban historias dramáticas que no se correspondían con sus síntomas ni con el elevado número de hospitalizaciones que acumulaban (Jiménez Hernández, 2015).

Más adelante, en 1977, Meadow propuso el término "Síndrome de Münchhausen por Poderes". Esta variante también ha sido conocida como "Síndrome de Meadow", "abuso infantil", "Síndrome de Polle", "envenenamiento crónico no accidental", "Complejo de Medea" o "enfermedad facticia por poderes" (Jiménez Hernández, 2015).

Según Jiménez Hernández (2015), el primer caso documentado por Meadow fue el de Kay, una niña de seis años que había sido atendida en tres hospitales diferentes por síntomas como orina maloliente y hematuria. Desde los tres años, Kay había recibido tratamiento con antibióticos, lo que provocó fiebre, erupciones cutáneas y candidiasis. Sin embargo, a pesar de estos síntomas, la niña presentaba un desarrollo normal y un buen estado físico para su edad.

El comportamiento de sus padres, especialmente de la madre, no era habitual. Esta nunca se separaba de su hija y mostraba una actitud extremadamente colaboradora durante su hospitalización. Sin embargo, mientras mostraba gran interés por otros pacientes, se mantenía sorprendentemente serena al hablar sobre los síntomas graves de su hija. Posteriormente, Meadow y su equipo descubrieron que la madre había manipulado las muestras de orina, sustituyéndolas por las suyas, incluso añadiendo flujo menstrual.

El TFIO causa daños tanto físicos como psicológicos en los menores, no solo por las acciones directas del agresor, sino también por los procedimientos médicos a los que son sometidos innecesariamente en busca de un diagnóstico o tratamiento (Jiménez Hernández, 2015).

Según Moral Jiménez y Melendi Mancebo (2023), Rosenberg realizó la primera revisión sistemática de la literatura sobre el TFIO en 1987. En ella se determinó que en el 98% de los 117 casos estudiados, la madre biológica fue la responsable. Años después, en 2003, Sheridan revisó 451 casos y encontró que en el 76,5% de ellos también lo fue la madre. Estas agresoras suelen tener entre 25 y 32 años.

Las acciones que llevan a cabo incluyen la manipulación de muestras de laboratorio, la simulación de síntomas o la provocación directa de signos de enfermedad. Algunas conductas pueden poner en grave peligro la vida del menor, como la administración de sustancias tóxicas, la sofocación o el envenenamiento prolongado (Jiménez Hernández, 2015).

2.1.2.2. Características psicológicas y comportamentales del agresor

Las mujeres agresoras con este síndrome presentan una actitud destructiva ante el estrés y son muy hábiles para engañar a los demás. Suelen violar conscientemente las normas y tienen facilidad para mentir, añadiendo detalles irrelevantes. Uno de sus comportamientos característicos es el apoyo constante al personal médico, manifestándose a través de su permanencia en el hospital, cooperación y complacencia. También se muestran sobreprotectoras y muy predispostas ante las demandas de sus hijos (Lovaglio y Del Bagge, 2021).

Cuando se habla de la enfermedad de la víctima, la madre agresora expresa sentimientos de heroísmo por el cuidado que brinda a su hijo. Estas mujeres suelen buscar ser el centro de atención dentro de la institución donde se encuentra su hijo. En algunos casos, se ha reportado que inducen enfermedades en el menor para beneficiarse económicamente. Además, estas madres no suelen tener relaciones estables y tienden a aislar a la víctima de su entorno social, incluyendo familia, amigos u otras personas (Lovaglio y Del Bagge, 2021).

En cuanto a las características personales de estas mujeres, es común que presenten amenazas de suicidio tras la separación o diagnóstico de la víctima. También suelen tener

adicciones al alcohol u otras sustancias psicoactivas. Se les han diagnosticado trastornos como el límite, histriónico y narcisista, entre otros. En muy raras ocasiones, la madre sufre de trastorno psicótico. Estas mujeres, generalmente, tienen un historial de maltrato infantil, tanto físico como sexual, en su propia infancia. Son personas peligrosas para la sociedad, ya que al dañar a su hijo, podrían hacerlo también con otras personas. La ejecución de este trastorno es voluntaria, consciente y violenta (Lovaglio y Del Bagge, 2021).

Este análisis del perfil del agresor se puede relacionar con diversas teorías criminológicas. En primer lugar, destaca la teoría del aprendizaje social de Bandura. Según esta perspectiva, las mujeres con trastorno facticio impuesto a otro imitan comportamientos adquiridos a través de la observación, como la manipulación o el engaño, posiblemente aprendidos durante la infancia.

Su historial de maltrato sugiere que interiorizaron estas conductas como mecanismos válidos para relacionarse o sobrevivir. Además, el refuerzo positivo juega un papel clave: si al inducir enfermedades reciben atención médica, compasión o beneficios económicos, la conducta tiende a repetirse. También presentan una elevada percepción de autoeficacia, al sentirse capaces de manipular a su entorno con éxito, especialmente en contextos médicos o sociales.

Por otro lado, la teoría del control social de Hirschi explica cómo la ausencia de vínculos afectivos sólidos y la falta de relaciones estables contribuyen a este tipo de comportamiento. Estas mujeres no suelen comprometerse con roles sociales convencionales, como el trabajo o la familia funcional, y canalizan su identidad en torno a una figura distorsionada de “madre heroica”. La escasa inversión en relaciones positivas favorece la aparición de actitudes manipuladoras. Asimismo, sus creencias morales pueden estar alteradas, hasta el punto de justificar el abuso como una forma de sacrificio por el hijo o una necesidad de atención.

Desde la teoría de la anomia de Durkheim y Merton, se observa una pérdida o debilitamiento de las normas sociales que guían la conducta. La transgresión de valores éticos fundamentales, como el cuidado materno, refleja una desorientación sobre cómo lograr aceptación social. En algunos casos, la presión por cumplir con el ideal de maternidad puede generar frustración, y el trastorno se convierte en un medio para obtener validación.

La teoría feminista también aporta una visión relevante. Estas mujeres rompen con los estereotipos tradicionales del rol materno, generando sorpresa e incredulidad social. La violencia que ejercen es encubierta, lo que dificulta su detección por parte del sistema. Muchas presentan antecedentes de maltrato y falta de apoyo, factores que influyen en su conducta delictiva. El TFIO puede interpretarse como una forma de recuperar poder y control tras haber sido víctimas en otros momentos de su vida.

Por último, la teoría de las oportunidades delictivas de Cloward y Ohlin explica cómo el entorno puede facilitar la comisión del delito. El acceso a instituciones médicas y el rol tradicional de cuidadora ofrecen una oportunidad para delinquir sin levantar sospechas. Ante la carencia de redes de apoyo o recursos, estas mujeres encuentran en el TFIO una vía para alcanzar atención, estatus o beneficios. La estructura del entorno, al no cuestionar su autoridad como madres, favorece que estas conductas pasen inadvertidas.

2.1.2.3. Diferenciación con otros trastornos psiquiátricos

En el caso de las madres que presentan trastorno facticio impuesto a otro, se ha observado que, al ser sometidas a una valoración psicológica, suelen ser diagnosticadas con trastornos de la personalidad, como el trastorno histriónico, límite, narcisista o, en algunos casos, trastorno de la personalidad no especificado. Solo en raras ocasiones se detecta la presencia de un trastorno psicótico (Lovaglio y Del Bagge, 2021).

Existen diferencias relevantes entre el trastorno facticio impuesto a otro y otros trastornos psicológicos, lo cual permite distinguirlos con claridad. En primer lugar, el trastorno facticio clásico se caracteriza por el hecho de que la persona finge o se provoca a sí misma enfermedades con el objetivo de recibir atención médica o afectiva.

A diferencia de éste, en el trastorno facticio impuesto a otro —también conocido como síndrome de Münchausen por poderes—, el sujeto provoca síntomas o enfermedades en otra persona, generalmente un menor, para obtener beneficios indirectos como atención, reconocimiento o beneficios económicos.

Otro trastorno con el que se establece relación es el trastorno de conversión. Este se manifiesta mediante síntomas físicos sin una causa médica identificable, que aparecen como respuesta a factores psicológicos. A diferencia del trastorno facticio impuesto a otro, en los trastornos de conversión no existe una intención deliberada de engaño o manipulación. En el

primero, la persona induce de manera intencionada síntomas en otra persona, mientras que en los trastornos de conversión los síntomas son involuntarios.

Asimismo, el trastorno límite de la personalidad guarda relación con el trastorno facticio impuesto a otro, ya que ambos pueden presentar inestabilidad emocional. Sin embargo, la diferencia radica en que, en el trastorno límite, dicha inestabilidad se manifiesta principalmente en la relación con uno mismo y con los demás, afectando múltiples áreas de la vida de la persona. En cambio, en el trastorno facticio impuesto a otro, la manipulación emocional está dirigida hacia la víctima, con el objetivo de obtener algún tipo de beneficio personal.

Por último, el trastorno histriónico de la personalidad también se vincula con el trastorno facticio impuesto a otro. El primero se caracteriza por la búsqueda constante de atención mediante un comportamiento excesivamente emocional y dramático. Aunque ambos trastornos implican una necesidad de atención, la diferencia fundamental es que, en el trastorno histriónico, se utiliza el dramatismo personal como medio para llamar la atención, mientras que en el trastorno facticio impuesto a otro, la persona busca atención a través de la enfermedad que provoca en otra persona, generalmente un menor de edad.

2.1.2.4. Factores de riesgo asociados al agresor: Historia de maltrato en la infancia y necesidad de atención y refuerzo social

Los factores de riesgo relacionados con el agresor que padece el trastorno facticio impuesto a otro son los siguientes.

Tabla 2. Factores de riesgo asociados al agresor que sufre trastorno facticio impuesto a otro

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL AGRESOR CON TRASTORNO FACTICIO IMPUESTO A OTRO
<i>La falta de recursos económicos puede llevar a los padres a buscar atención y recursos a través de la manipulación del bienestar de sus hijos, utilizando enfermedades falsas como medio para recibir apoyo.</i>
<i>La falta de educación puede dificultar la comprensión de los efectos de sus acciones sobre el niño, llevando a los padres a engañar o manipular situaciones para obtener atención médica innecesaria.</i>

<p><i>La incapacidad de mantener un empleo puede inducir a los padres a buscar una forma de obtener atención y recursos, utilizando a su hijo como medio para ganar simpatía o apoyo económico.</i></p>
<p><i>Las madres jóvenes pueden sentirse desbordadas y buscar atención para ellas mismas a través de su hijo, utilizando el trastorno facticio para obtener apoyo emocional o social.</i></p>
<p><i>El aislamiento puede llevar a la madre a crear un vínculo dependiente con su hijo, exagerando o inventando enfermedades para tener un papel central en la atención médica y social.</i></p>
<p><i>Las madres solteras pueden sentirse emocionalmente solas y buscar la atención a través del sufrimiento simulado de su hijo, usando la situación como una forma de obtener apoyo y validación.</i></p>
<p><i>La presencia de un padrastro puede generar tensiones dentro del hogar, y el padre o madre con trastorno facticio puede usar la enfermedad falsa del hijo para manipular la atención de su pareja o familiares.</i></p>
<p><i>En hogares con muchos niños, el trastorno facticio puede manifestarse en la necesidad de destacar a un hijo a través de enfermedades inventadas o exageradas, buscando atención exclusiva.</i></p>
<p><i>Los conflictos dentro de la familia pueden llevar a una madre con trastorno facticio a utilizar a su hijo como medio para obtener apoyo o manipular la atención de otros miembros de la familia.</i></p>
<p><i>Un embarazo no planificado puede generar inseguridad en la madre, y puede intentar ganar apoyo a través del sufrimiento simulado de su hijo, creando enfermedades para obtener compasión.</i></p>
<p><i>La carencia de apoyo social puede inducir a un parent con trastorno facticio a manipular la salud de su hijo para obtener la atención y apoyo que no tiene de otras personas en su entorno.</i></p>
<p><i>Los padres con baja autoestima pueden utilizar el trastorno facticio como un mecanismo para sentirse importantes o valiosos, al obtener la atención de los profesionales médicos o de la comunidad.</i></p>
<p><i>La incapacidad de manejar la frustración puede hacer que los padres con trastorno facticio recurran a comportamientos manipuladores, como crear o exagerar enfermedades en sus hijos, para recibir atención.</i></p>
<p><i>Trastornos emocionales pueden llevar a los padres a crear un ambiente de caos alrededor de sus hijos, exagerando o inventando enfermedades como una forma de lidiar con sus propias dificultades emocionales.</i></p>
<p><i>El abuso de sustancias puede reducir el juicio de los padres, llevándolos a emplear el trastorno facticio para manipular situaciones en su beneficio, con un control excesivo sobre el niño.</i></p>
<p><i>Los antecedentes de abuso pueden generar patrones disfuncionales en los padres, quienes podrían usar el trastorno facticio como una forma de controlar a sus hijos o continuar con el ciclo de maltrato.</i></p>
<p><i>Los padres con expectativas irrealistas pueden exagerar o inventar enfermedades para que el niño se ajuste a su visión idealizada, buscando validación o atención constante.</i></p>

Un enfoque autoritario puede llevar a los padres a manipular la salud del niño para que este reciba atención constante, sometiéndolo a procedimientos médicos innecesarios como forma de control.

En contextos donde el maltrato es normalizado, el trastorno facticio puede ser percibido como una forma legítima de manipulación para obtener recursos o control, perpetuando ciclos de abuso.

Padres que ponen una carga excesiva sobre sus hijos pueden recurrir a crear enfermedades ficticias como una forma de justificar la atención que piden para sí mismos, sin comprender las verdaderas necesidades del niño.

Fuente: *Elaboración propia a partir de Alarcón Forero, Araújo Reyes, Godoy Díaz y Vera Rueda (2010)*

Para comprender la historia del maltrato infantil, es necesario remontarse a la Edad Antigua. Durante este periodo, los niños eran considerados propiedad absoluta de sus padres, con potestad incluso sobre su vida. Esta idea se consolidó especialmente en Roma, donde la patria potestad reconocía el derecho total de los padres. En muchas culturas antiguas, como en India, Babilonia, Egipto y China, era común sacrificar niños a los dioses. La Biblia también menciona prácticas de infanticidio, como la matanza de los niños judíos para salvar a Moisés o el intento de sacrificio de Isaac (Moreno Manso, 2002).

Con el cristianismo surgió una visión protectora hacia los más débiles, incluidos los niños. Aun así, el infanticidio se justificaba por motivos como el deshonor, la natalidad, discapacidades, economía, religión o poder (Moreno Manso, 2002).

Durante la Edad Media, se percibía al niño como un adulto en miniatura. La edad era irrelevante y muchos ni la conocían. La mortalidad infantil era alta debido al escaso avance científico. El maltrato era común en todas las clases sociales. En el siglo XIV, Iván IV mató a su hijo en una discusión. En el siglo XIII, Federico II experimentó con niños privados de interacción verbal, afectando su desarrollo (Moreno Manso, 2002).

En la Edad Moderna, el infanticidio disminuyó, pero aumentaron los internamientos en instituciones precarias. A finales del siglo XVIII, filósofos como Rousseau defendieron una visión más humanista de la infancia, aunque no se aplicó hasta el siglo XIX (Moreno Manso, 2002).

En 1962, Kempe publicó *The Battered Child Syndrome* con 302 casos, lo que generó legislación en EE.UU. En 1970, Gil abordó el papel institucional en *Violence Against Children*, y en 1971, Lukianowicz introdujo el concepto de maltrato psicológico. En España, las investigaciones comenzaron en los años 80 desde universidades como la del País Vasco.

En Occidente, el reconocimiento ha avanzado, aunque sigue siendo un reto (Moreno Manso, 2002).

El reconocimiento del maltrato infantil ha pasado por tres fases: negación, aceptación con intervención, y prevención. España se encuentra en la segunda (Moreno Manso, 2002). Entre los agresores con TFIO, destaca la necesidad constante de atención y refuerzo social. Desarrollan una fuerte dependencia emocional hacia la víctima y la manipulan para satisfacer sus carencias afectivas. Buscan atención como fin último, usando al menor como medio.

El refuerzo social positivo intensifica estas conductas. El aislamiento social incrementa su necesidad de atención, separando a la víctima del entorno. Por ello, es clave implementar redes de apoyo y fomentar la educación en salud mental. Esto ayudaría a los agresores a identificar sus emociones y adquirir herramientas para relacionarse mejor consigo mismos y los demás.

2.1.2.5. Factores de protección y estrategias de prevención

Existen diversos factores de protección relevantes en los casos relacionados con el trastorno facticio impuesto a otro. Uno de los más significativos es el acceso a recursos psicológicos, los cuales resultan esenciales para facilitar la prevención y el tratamiento temprano de este trastorno. Además, la concienciación y la educación en salud mental desempeñan un papel crucial, al proporcionar herramientas a la sociedad para identificar este tipo de conductas y saber cómo intervenir adecuadamente.

El desarrollo de habilidades sociales, junto con la adquisición de competencias en comunicación efectiva y resolución de conflictos, también contribuye a disminuir el riesgo de desarrollar este trastorno. Un entorno familiar y social positivo actúa como factor protector, ya que promueve la búsqueda de ayuda ante la aparición de cualquier síntoma preocupante.

Las estrategias de prevención son fundamentales para evitar el deterioro del bienestar de las personas involucradas. En primer lugar, es indispensable que los profesionales estén bien formados en cuanto a los signos y riesgos asociados al trastorno facticio impuesto a otro. Esta formación debe ir acompañada de protocolos de actuación claros ante la sospecha de un caso, con el objetivo de salvaguardar la integridad de la víctima y brindar atención oportuna al agresor.

En segundo lugar, las campañas de sensibilización son herramientas clave para fomentar una mayor comprensión social sobre la salud mental. Estas campañas no solo informan, sino que también promueven la detección temprana, lo que permite reducir el impacto tanto en la víctima como en el agresor.

Por último, la terapia familiar adquiere una relevancia especial en este contexto. Este tipo de intervención permite abordar de manera integral la dinámica familiar, facilitando una mejor gestión del trastorno y favoreciendo su control o reducción progresiva.

2.1.2.6. Profesionales implicados

Para confirmar la sospecha de un caso de trastorno facticio impuesto a otro, es fundamental contar con la intervención de profesionales de la salud, especialmente aquellos especializados en el diagnóstico y tratamiento de este tipo de maltrato infantil. Resulta especialmente relevante la participación de los profesionales que han acompañado a la víctima, en este caso un menor, a lo largo del proceso sanitario.

Es esencial la coordinación entre los distintos profesionales implicados, así como la recopilación exhaustiva de información clínica y contextual. Los datos más relevantes incluyen: la verificación de la historia clínica de la víctima, la evaluación médica detallada, una revisión independiente de los informes médicos, pruebas de que han existido daños al menor, una evaluación psicosocial y psicológica de todos los miembros del núcleo familiar, y la colaboración constante de las personas implicadas en el entorno del menor (Jiménez Hernández, 2015).

Muchos psicólogos señalan que actualmente no se profundiza lo suficiente en este trastorno. De hecho, solo el 10 % de las referencias bibliográficas sobre el trastorno facticio impuesto a otro se encuentran en revistas de psiquiatría y psicología, predominando la publicación en revistas pediátricas. No obstante, el interés de los profesionales de la salud mental en este tipo de maltrato infantil es creciente. A pesar de ello, la experiencia en el tratamiento del síndrome de Münchausen por poderes es limitada, y existen muy pocos modelos terapéuticos bien definidos (Jiménez Hernández, 2015).

Este trastorno constituye un problema grave que afecta no solo a la víctima y al agresor, sino también a los profesionales de la salud, quienes pueden agravar la situación sin ser conscientes, al no identificar una causa orgánica para los síntomas del menor. Estos

profesionales enfrentan, además, barreras culturales arraigadas, como la creencia de que los padres son siempre los protectores de sus hijos. Esta visión genera una tendencia a confiar en las declaraciones parentales, incluso cuando podrían estar encubriendo una situación de maltrato (Soria Güidone, 2006).

Por otro lado, los profesionales de la educación desempeñan un papel crucial en la detección del trastorno facticio impuesto a otro y de otros tipos de maltrato infantil. Al interactuar diariamente con los alumnos, los docentes están en una posición privilegiada para detectar cambios de conducta o comportamientos atípicos en comparación con otros niños del mismo entorno. Diversos estudios nacionales e internacionales destacan la necesidad de proporcionar una formación adecuada a estos profesionales para mejorar la detección de casos de maltrato infantil.

Es importante que el entorno educativo proporcione un espacio seguro y de confianza para que los menores puedan expresar sus inquietudes. Asimismo, los docentes deben contar con formación que les permita ofrecer apoyo emocional a las víctimas y detectar señales de posible abuso, como cambios físicos o emocionales.

Una intervención temprana por parte de todos los profesionales implicados es clave para evitar consecuencias más graves. La prioridad en estos casos debe ser siempre la protección del bienestar del menor. Dentro del entorno escolar, cualquier cambio o sospecha debe ser comunicada a los profesionales pertinentes, siguiendo los protocolos establecidos. Dado que este tipo de situaciones evoluciona constantemente, la formación continua del personal educativo es esencial para prevenir y abordar este tipo de maltrato.

Los trabajadores sociales y las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado también desempeñan funciones fundamentales en la identificación y gestión de casos de trastorno facticio impuesto a otro.

Los trabajadores sociales tienen un rol clave en la detección y evaluación del entorno familiar. A través de entrevistas y observación directa, recopilan información sobre la situación del menor. Una vez confirmado el maltrato, intervienen ofreciendo apoyo emocional al menor, terapia familiar, y educación al agresor. Además, colaboran estrechamente con otros profesionales, como médicos y docentes, y con organizaciones que atienden las necesidades de la víctima, siempre priorizando el bienestar del niño o la niña.

Las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado tienen un papel igualmente complejo e importante. Una vez recibida una denuncia o sospecha, inician una investigación para verificar la veracidad de los hechos y reunir pruebas. Incluso en casos de sospecha sin confirmación, deben intervenir para proteger al menor, incluyendo su posible retirada del entorno familiar. Si se confirma el maltrato, se procede a iniciar las acciones legales correspondientes y se vela por la seguridad de la víctima.

En este contexto, la colaboración entre trabajadores sociales y fuerzas de seguridad es esencial para una intervención temprana y efectiva frente al maltrato infantil. La formación de estos profesionales responde directamente al ODS 4 (Educación de calidad), ya que se fomenta una educación profesional que permita detectar de forma temprana el maltrato infantil (UNESCO, 2017).

Asimismo, al fortalecer los protocolos interinstitucionales, se promueve el ODS 16, al favorecer instituciones más sólidas y preparadas para actuar ante este tipo de violencia (UNICEF España, 2021).

2.1.3. Análisis de casos detallados

2.1.3.1. Caso de Marybeth Tinning (EEUU)

Marybeth Roe nació el 11 de septiembre de 1942 en Duanesburg, Nueva York. Aunque fue una excelente estudiante, tuvo una infancia marcada por la soledad. Estudió en Duanesburg High School, y su padre, quien trabajaba en General Electric, la trataba con indiferencia. Sus compañeros de escuela se burlaban de ella, lo que la llevó a convertirse poco a poco en una mujer resentida y aislada.

Tuvo diversos trabajos hasta que comenzó a trabajar como enfermera en el hospital Hellis de Schenectady, Nueva York. En 1963, conoció a Joe Tinning, quien trabajaba en la misma empresa que su padre. Tras varios meses de noviazgo, se casaron en 1965. Tuvieron dos hijos y más tarde una hija, Jennifer, que falleció poco después de nacer en el hospital. Esta fue la única muerte de sus hijos que no despertó sospechas.

En el funeral de Jennifer, Marybeth recibió una atención constante por parte de los vecinos, algo que nunca había experimentado. Antes del funeral, lavó y guardó la ropa y los juguetes de Jennifer en una caja. Diecisiete días después, su hijo Joseph, de dos años, murió.

Marybeth repitió el mismo ritual: lavó, planchó y guardó sus pertenencias junto a las de Jennifer.

El 2 de marzo de 1972, su hija Barbara, de cuatro años, falleció. En apenas tres meses, tres de sus hijos habían muerto. Antes de su entierro, Marybeth nuevamente guardó sus objetos en una caja. Nueve meses después, nació Timothy, quien falleció a los 14 días, lo que se atribuyó al Síndrome de Muerte Súbita. Los vecinos comenzaron a sospechar que la familia podía tener problemas genéticos.

Un año y medio después, nació Nathan, quien falleció el 2 de septiembre de 1975. Las autoridades comenzaron a sospechar, ya que todos los niños parecían estar saludables antes de su muerte. La autopsia indicó que la causa de su muerte fue natural. Marybeth volvió a guardar las pertenencias del niño.

El Dr. Robert Sullivan, del Departamento Médico del Condado de Schenectady, investigó pero no encontró anomalías. Tres años más tarde, nació Mary Frances, quien murió a los tres meses y medio. Luego nació Jonathan, quien también falleció a los tres meses. Adoptaron a Michael, un niño afroamericano, que murió al año debido a una neumonía viral. En este punto, asistentes sociales y médicos ya sospechaban y alertaron a la policía. Aunque las autoridades intentaron exhumar los cuerpos, no encontraron pruebas concluyentes. En 1985, nació Tami Lynne, quien murió a los cuatro meses. Nuevamente, no se hallaron pruebas definitivas.

El 4 de febrero de 1986, Marybeth fue interrogada. Tras diez horas de preguntas, confesó haber matado a Timothy, Nathan y Tami:

“No le hice nada a Jennifer, Joseph, Barbara, Michael, Mary Frances, Jonathan. Solo a estos tres, Timothy, Nathan y Tami. Los asfixié a cada uno con una almohada porque no fui buena madre.”

Durante el juicio, su confesión fue escuchada públicamente. Fue diagnosticada con el Síndrome de Münchausen por Poder y sentenciada a 20 años en la prisión de Bedford Hills, Nueva York.

2.1.3.2. Caso de Lacey Spears (EE.UU., 2014)

Lacey Spears siempre fue cariñosa con los niños. En su adolescencia trabajó como niñera y también fue profesora en una guardería. Las personas cercanas a ella siempre mencionaron que su sueño era ser madre. Se quedó embarazada de Blake, un hombre que, según Lacey, había muerto.

Su hijo, Garnett-Paul Thompson Spears, nació en 2008. A los 9 días de vida, el niño comenzó a enfermar gravemente y fue ingresado en el hospital. Presentaba varios síntomas, pero ninguno de ellos coincidía lo suficiente como para dar un diagnóstico claro. Garnett tenía infecciones de oído, problemas gastrointestinales, fiebre alta y convulsiones. A pesar de los tratamientos, nunca se recuperó completamente y fue hospitalizado varias veces.

Cuando Garnett tenía 8 meses, fue ingresado nuevamente debido a una pérdida de peso significativa. Lacey solicitó que le insertaran una sonda de alimentación, pero los médicos consideraron que era una solución demasiado invasiva. Sin embargo, debido al empeoramiento del estado del niño, decidieron colocarle finalmente la sonda para evitar que vomitara.

Lacey tenía una cuenta en Facebook y un blog llamado “Garnett’s Journey”, donde compartía todos los detalles sobre los viajes al hospital. En su blog, relató que Garnett tenía graves problemas para alimentarse por sí mismo, por lo que se sometió a una gastrostomía, un procedimiento para colocar un tubo de alimentación directamente en el estómago.

En 2010, Lacey y Garnett se mudaron a Florida, donde recibieron un préstamo económico del gobierno. Lacey cuidó a ancianos a cambio de comida, educación y un hogar para su hijo. Cuando Garnett tenía 3 años, una familia local los invitó a comer. La familia notó que ese día Garnett comió con mucha ansia y pidió repetir. Fue en ese momento cuando comenzaron a sospechar de Lacey, ya que si el niño no podía comer por sí mismo, ¿por qué mostraba tal apetito ese día?

En 2014, Garnett fue ingresado en el hospital debido a una fiebre alta. Aunque al principio mejoró, horas después tuvo que regresar al hospital por convulsiones y dolores abdominales. Debido a la sonda de alimentación, no podía vomitar. Sus niveles de sodio llegaron a 182 mEq/L, lo que causó que dejara de respirar, poniéndolo al borde de la muerte.

Sin embargo, logró recuperarse tras normalizar sus niveles de sodio. Una enfermera le informó a Lacey que podrían irse a casa esa misma tarde, pero, solo diez minutos después de la salida de la enfermera, Garnett volvió a enfermar. Los médicos comenzaron a sospechar y alertaron a la policía.

La policía interrogó a la familia de Lacey. Cuando se preguntó al abuelo de Garnett sobre Blake, el padre del niño, este desconocía su existencia. La verdadera identidad del padre de Garnett era Chris Hill, un vecino de Lacey. Sin embargo, se descubrió que Blake sí existía; su nombre completo era Blake Robinson, un policía en Alabama, quien confirmó que tuvo una breve relación con Lacey, pero que no conocía a Garnett.

La policía realizó una investigación en la casa de Lacey y encontró varios medicamentos destinados a tratar las enfermedades de Garnett, entre ellos una lata de sal. Una vecina, Valerie, le contó a la policía que Lacey le había pedido que tirara todas las bolsas de comida de Garnett, pero ella no lo hizo. Tras un análisis, se descubrió que Garnett había ingerido 69 paquetes de sal, una cantidad suficiente para causar su muerte. Durante la investigación, Garnett falleció debido a varios paros cardíacos y una inflamación cerebral.

El 17 de junio de 2014, Lacey fue arrestada bajo sospecha de homicidio. Durante el juicio, alegó que su hijo estaba muy enfermo y que los médicos no podían encontrar una explicación para su condición. Se descubrió que Lacey había llevado a Garnett a 20 médicos diferentes a lo largo de su vida, pero nunca les dio la misma información. Finalmente, se diagnosticó a Lacey con el trastorno facticio impuesto a otro.

El 2 de marzo de 2015, Lacey fue declarada culpable de asesinato y el 8 de abril del mismo año fue condenada a 20 años de prisión en la cárcel de Redford Hill, Nueva York.

2.1.3.3. Caso de Dee Dee y Gypsy Rose Blanchard (EE.UU.)

Gypsy Rose Blanchard nació el 27 de julio de 1991 en Golden Meadow, Luisiana. Desde su nacimiento, enfrentó diversas complicaciones médicas que permitieron a su madre, Dee Dee Blanchard, crear la imagen de una hija frágil y enferma. En un principio, Dee Dee llevó a Gypsy al hospital porque sospechaba que tenía problemas respiratorios. A la niña se le diagnosticó apnea del sueño y se le colocó un dispositivo para ayudar con su respiración, pero Dee Dee no estuvo satisfecha con este diagnóstico. Decidió llevar a su hija a distintos

especialistas durante siete años, buscando una respuesta que confirmara su propia creencia de que Gypsy tenía una enfermedad grave.

La realidad era que Gypsy no estaba enferma. Dee Dee logró hacer creer tanto a su hija como a quienes las rodeaban que sufría un trastorno cromosómico, lo que impedía su desarrollo normal y la mantenía confinada a una silla de ruedas.

Convencida de que su hija estaba gravemente enferma, Dee Dee se mudó a Luisiana, lejos de las personas que conocían a la familia, para poder brindarle los cuidados que, según ella, Gypsy necesitaba. Sin embargo, lo que realmente hizo fue protegerla de tal forma que, con el tiempo, la sometió a diversos abusos. Alimentó a Gypsy con una sonda, lo que contribuyó a que perdiera peso. Además, debido a los supuestos problemas de asma, se le obligaba a usar un tanque de oxígeno cada vez que salía de casa. Dee Dee incluso alegó que Gypsy sufría de dismorfia muscular y ataques epilépticos.

Dee Dee restringía el movimiento de Gypsy incluso en su propio hogar y le forzaba a tomar medicamentos que causaron la caída de sus dientes. Existen teorías que sugieren que Dee Dee pudo haber mandado quitarle los dientes intencionalmente. A pesar de todo esto, Gypsy recibió educación bajo la supervisión de su madre, y algunos médicos la visitaban de vez en cuando para revisarla. Un error importante en este caso fue que los médicos nunca cuestionaron lo que Dee Dee decía, confiando en que todo lo que les relataba era cierto.

Años más tarde, Dee Dee afirmó que Gypsy tenía leucemia, lo que llevó a raparle el cabello completamente. Gracias a esta mentira, pudieron recibir viajes gratuitos de organizaciones como Make-A-Wish, que les ofreció un día en Disneyland.

A medida que pasaba el tiempo, Gypsy no soportaba más los abusos de su madre. Intentó escapar en varias ocasiones, lo que llevó a Dee Dee a encadenarle para evitar que pudiera huir. Tras haber visitado más de 100 médicos entre 2005 y 2014, Gypsy finalmente logró conseguir acceso al ordenador en raras ocasiones. A través de chats en línea, pudo conocer el mundo exterior y, a los 24 años, conoció a Nicholas Godejohn, quien se convirtió en su novio virtual. Gypsy le confió todo lo que su madre le había hecho durante su vida, y ambos decidieron que la única forma de escapar de la situación era acabar con la vida de Dee Dee.

En la madrugada del 12 de junio de 2015, Nicholas fue a la casa de Gypsy y mató a Dee Dee, apuñalándola 17 veces en varias partes del cuerpo. Luego, ambos huyeron a Wisconsin, pero fueron rápidamente descubiertos y detenidos por la policía. Durante el juicio, Gypsy fue declarada culpable de asesinato en segundo grado, pero debido a los abusos sufridos a lo largo de su vida, solo fue sentenciada a 10 años de prisión. Por su parte, Nicholas fue condenado a cadena perpetua tras ser encontrado culpable de asesinato en primer grado. Especialistas que examinaron a Gypsy confirmaron que no tenía ninguna enfermedad, y que fue su madre quien padecía el trastorno facticio impuesto a otro.

A continuación, se presenta un cuadro comparativo con observaciones criminológicas relevantes sobre los tres casos analizados, que permite identificar elementos comunes y diferenciales en la manifestación del TFIO.

Tabla 3. Observaciones criminológicas relevantes de los casos seleccionados

Caso	Observaciones Criminológicas
<i>Marybeth Tinning</i>	Caso pionero que refleja la cronificación del abuso en contextos familiares cerrados. Su impunidad prolongada expone fallos institucionales en la vigilancia médica y forense. La manipulación emocional y social tras cada muerte infantil ilustra el uso del rol maternal como escudo criminógeno.
<i>Lacey Spears</i>	Ejemplo paradigmático de instrumentalización del hijo para la creación de una “identidad victimista” digital. Su caso refleja cómo las redes sociales amplifican la conducta facticia al proveer refuerzo social inmediato. Representa una modernización del TFIO con fuerte componente narcisista.
<i>Dee Dee Blanchard</i>	Caso extremo donde el TFIO deriva en una dinámica coactiva y dependiente. La víctima desarrolla una disociación de la realidad, lo que termina desencadenando un crimen violento. El caso expone cómo el sistema falla en proteger a las víctimas incluso con múltiples contactos institucionales.

Fuente: Elaboración propia a partir de la lectura de los casos desarrollados

2.1.3.4. Conclusiones extraídas de los estudios de caso

Tras el análisis de los casos seleccionados, se obtienen varias conclusiones relevantes. En primer lugar, destaca el nivel de control y manipulación que las agresoras ejercen sobre la víctima y su entorno. Marybeth Tinning logró manipular incluso a quienes asistían a los funerales de sus hijos, generando compasión. Lacey Spears influía en profesionales médicos y su entorno social mediante su blog "Garnett's Journey", que documentaba las visitas hospitalarias para generar empatía. Dee Dee Blanchard proyectaba una imagen de madre abnegada, buscando influir mediante la exposición constante de su supuesto sufrimiento.

En segundo lugar, los síntomas en las víctimas eran diversos y frecuentemente no se corresponden con enfermedades reales. Las agresoras no seguían patrones lineales, pero compartían una preocupación excesiva por la salud de sus hijos y una tendencia a la mentira.

En tercer lugar, los casos confirman que la mayoría de agresores con TFIO en contextos de maltrato infantil son mujeres. En cuarto lugar, se evidencia el grave riesgo para los menores, con consecuencias físicas o psicológicas severas, e incluso muertes, como en los casos de Spears y Tinning.

Por último, se resalta la necesidad de intervención temprana. Las víctimas requieren atención profesional, y los agresores, tratamiento en salud mental.

Estos casos se relacionan con diversas teorías criminológicas que permiten comprender de manera más profunda el comportamiento de las agresoras. La teoría del aprendizaje social de Bandura explica cómo estas mujeres pudieron interiorizar y reproducir conductas abusivas al recibir refuerzos positivos del entorno, como atención, validación y beneficios sociales, tras sus acciones. La teoría del control social de Hirschi aporta una visión sobre la debilidad de sus vínculos afectivos y sociales, la falta de compromiso con normas convencionales y la ausencia de redes de apoyo, lo que facilita la desvinculación moral necesaria para justificar el daño causado.

Por su parte, la teoría de la anomia, desarrollada por Durkheim y ampliada por Merton, ayuda a interpretar la ruptura entre los objetivos socialmente aceptados (como el reconocimiento o la autoestima) y los medios legítimos para alcanzarlos, lo que lleva a las agresoras a recurrir a comportamientos desviados para lograr reconocimiento.

Desde la teoría feminista, estos casos reflejan cómo algunas mujeres, ante contextos de desigualdad estructural, trauma o invisibilización, pueden utilizar la maternidad como única vía de poder, ejerciendo una forma de violencia difícil de detectar por encajar dentro del estereotipo de la madre protectora. Finalmente, la teoría de las oportunidades delictivas de Cloward y Ohlin permite entender cómo el acceso privilegiado al sistema médico y la autoridad otorgada por su rol maternal fueron factores clave para cometer los abusos sin ser detectadas fácilmente.

Todas estas perspectivas convergen en un perfil marcado por traumas previos, aislamiento social, necesidad de validación y manipulación del contexto para ejercer control.

2.1.3.5. Aspectos criminológicos reseñables de los casos seleccionados

Tabla 4. Aspectos criminológicos reseñables de los casos seleccionados (Tinning, Spears y Blanchard)

Caso	Método delictivo	Motivación aparente	Intervención médica	Desenlace legal	Rasgos psicológicos del agresor
<i>Marybeth Tinning</i>	Asfixia	Atención social	Múltiples muertes sin causa clara	Condena 20 años	Manipulación, narcisismo, disociación
<i>Lacey Spears</i>	Intoxicación con sal	Símpatía y atención online	Hospitalizaciones continuas	Condena 20 años	Mentiras compulsivas, aislamiento social
<i>Dee Dee Blanchard</i>	Simulación de enfermedades	Control total sobre su hija	Medicación y cirugías innecesarias	Asesinada por la víctima y su pareja	Trastorno de personalidad, coacción emocional

Fuente: Elaboración propia a partir de la lectura de los casos desarrollados

2.1.4. Implicaciones legales y judiciales

2.1.4.1. Procesos judiciales y criterios probatorios en casos de trastorno facticio impuesto a otro

Los criterios probatorios constituyen el conjunto mínimo de pruebas necesarias para poder proceder judicialmente en un caso de trastorno facticio impuesto a otro. Entre ellos se incluyen las evaluaciones psicológicas del presunto agresor y los testimonios tanto de la

victima como de los profesionales involucrados, con el fin de demostrar la existencia de este tipo de maltrato infantil. Es fundamental aportar los registros médicos del menor, que incluyan visitas, tratamientos e informes sobre enfermedades observadas, especialmente aquellas que resulten inusuales o sin explicación clínica evidente. Igualmente, resulta relevante la documentación proporcionada por el centro educativo del menor, que refleje cambios significativos en su rendimiento académico o en su comportamiento.

También deben tenerse en cuenta los cambios bruscos de conducta del presunto agresor, tales como actitudes manipuladoras o reacciones inusuales que se hayan observado desde el inicio de los síntomas en el menor. En los juicios de este tipo, estos criterios son valorados de forma rigurosa, y la ausencia de alguno de ellos puede dificultar el avance del proceso judicial o incluso impedir que se llegue a una sentencia.

Una vez recopilados y validados todos los criterios probatorios necesarios, se da inicio al procedimiento judicial. El proceso comienza con la presentación de una denuncia, que puede ser realizada por profesionales de la salud, de la educación o de los servicios sociales. Ante una sospecha de maltrato, se activa el protocolo legal correspondiente, comenzando por la denuncia formal. A continuación, las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado inician una investigación exhaustiva del caso, recabando todas las pruebas e información pertinentes.

Durante la investigación, se realizan entrevistas al agresor, a la víctima, a los profesionales implicados y a personas del entorno familiar o social de los involucrados. Asimismo, es recomendable repetir las evaluaciones psicológicas y médicas a la víctima, con el objetivo de establecer con mayor claridad los síntomas inducidos por el agresor y reforzar el diagnóstico de trastorno facticio impuesto a otro.

Una vez reunidas las pruebas necesarias, el caso se presenta ante el juez. En el juicio se exponen todos los elementos probatorios, así como los testimonios de las partes relevantes. El juez valora de forma integral toda la información aportada y, con base en ello, determina si el acusado es culpable o inocente. Finalmente, se emite la sentencia y, en caso de condena, se imponen las sanciones penales correspondientes.

2.1.4.2. Consecuencias penales y civiles para los agresores

Las consecuencias penales y civiles para los agresores con trastorno facticio impuesto a otro, también conocido como síndrome de münchausen por poderes, varían en función de la gravedad de las acciones cometidas contra el menor.

Desde el ámbito penal, los agresores pueden enfrentar cargos criminales por negligencia, maltrato infantil o, en los casos más extremos, por homicidio, si las acciones realizadas derivaron en la muerte del menor. Generalmente, este tipo de delitos conlleva penas de prisión, especialmente cuando se comprueba la intencionalidad y el daño causado. Además, suelen emitirse órdenes de alejamiento o protección para evitar que el agresor mantenga cualquier tipo de contacto con la víctima o con otros menores de edad. Estas condenas penales pueden acarrear consecuencias de por vida, limitando el acceso del agresor a vivienda, empleo y otros recursos esenciales para su reintegración social.

En cuanto a las consecuencias civiles, los agresores pueden ser objeto de demandas por daños y perjuicios, en virtud de la responsabilidad civil derivada del maltrato. Si el agresor es uno de los progenitores o un tutor legal, existe la posibilidad de que pierda la custodia del menor o vean restringidos sus derechos parentales de manera temporal o permanente, dependiendo de la evaluación del riesgo para el menor.

Asimismo, puede producirse una intervención de los servicios sociales, quienes, tras una evaluación, pueden determinar el retiro del menor del entorno familiar y su colocación en un entorno seguro, ya sea de forma temporal o definitiva. Además, en ciertos casos, el tribunal puede ordenar al agresor la realización de un tratamiento psicológico o psiquiátrico obligatorio como parte de la sentencia, con el fin de tratar el trastorno y prevenir futuras situaciones de riesgo.

Es fundamental tener en cuenta que cada caso es único y debe ser valorado individualmente. Las sanciones y medidas adoptadas variarán en función del contexto, el nivel de daño causado, la peligrosidad del agresor y el bienestar de la víctima.

2.1.4.3. Protección y derechos de las víctimas menores de edad

Las víctimas menores de edad deben contar con una serie de derechos y mecanismos de protección que garanticen su bienestar integral. En España, la protección administrativa se

configura como una de las primeras líneas de intervención ante casos de maltrato infantil o situaciones de desamparo en el entorno familiar. Cada comunidad autónoma debe contar con organismos específicos encargados de detectar, investigar y valorar situaciones de riesgo, así como intervenir en casos en los que se determine que el menor se encuentra desprotegido. Esta actuación es de carácter administrativo, ya que es la propia administración pública, en la mayoría de los casos autonómica, la que asume la responsabilidad de detectar y actuar ante situaciones de maltrato (Fernández Aparicio, 2008).

Marco normativo por Comunidades Autónomas

España cuenta con diversas leyes autonómicas que desarrollan la protección de los derechos de los menores, entre las que se destacan (Fernández Aparicio, 2008):

- **Andalucía:** Ley 1/1998 sobre los derechos y la atención al menor.
- **Aragón:** Ley 10/1989 de Protección de Menores y Estatuto de Autonomía (LO 8/1982).
- **Asturias:** Ley 1/1995 de Protección del Menor.
- **Islas Baleares:** Ley 17/2006 de Atención y Derechos de la Infancia y Adolescencia.
- **Canarias:** Decreto 54/1998 sobre actuaciones de amparo a menores.
- **Cantabria:** Ley 7/1999 de Protección de la Infancia y Adolescencia.
- **Castilla-La Mancha:** Ley 3/1999 del Menor y Estatuto de Autonomía (LO 9/1982).
- **Castilla y León:** Ley 14/2002 de Promoción, Atención y Protección a la Infancia.
- **Cataluña:** Ley 8/2002 de modificación sobre la protección de menores y adolescentes en riesgo social.
- **Extremadura:** Ley 4/1994 de Protección y Atención a Menores.
- **Galicia:** Ley 2/2006 de Derecho Civil, título I sobre la protección de menores.
- **Navarra:** Ley Foral 15/2005 sobre infancia y adolescencia.
- **Madrid:** Ley 6/1995 de Garantías de los Derechos de la Infancia y Adolescencia.
- **Murcia:** Ley 3/1995 de la Infancia.
- **La Rioja:** Ley 1/2006 de Protección de Menores.
- **Comunidad Valenciana:** Proyecto de Ley de Protección Integral (2008).
- **País Vasco:** Estatuto de Autonomía (LO 3/1979) artículos 10.12, 10.14 y 10.39.

Además, en el contexto español, la Ley Orgánica 8/2021 de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia establece mecanismos de actuación ante

situaciones de violencia ocultas o difíciles de diagnosticar, como el TFIO, y exige a los profesionales de la salud y educación activar protocolos de notificación ante la mínima sospecha.

Protección civil

Desde el ámbito civil, el artículo 158 del Código Civil español permite adoptar medidas urgentes para salvaguardar la integridad de los menores, especialmente en contextos de riesgo, ya sea asistencial (por ejemplo, retirada de un recién nacido sin realizar pruebas médicas), civil (entrega a progenitores no custodios) o penal (malos tratos). Estas medidas pueden tomarse en cualquier momento y están orientadas a preservar los derechos fundamentales del menor (Fernández Aparicio, 2008).

Protección penal

En el plano penal, existen dos grandes bloques de medidas (Fernández Aparicio, 2008):

1. Medidas cautelares personales: contempladas en los artículos 48 y 57 del Código Penal (CP) y en el artículo 544 ter de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECr). Estas incluyen (Fernández Aparicio, 2008):
 - Prohibición de residir en determinados lugares.
 - Prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima o su entorno.
 - Prisión provisional, en caso necesario.
2. Estas medidas pueden aplicarse aunque el menor no sea hijo biológico del agresor, siempre que conviva con él o esté bajo su tutela, acogimiento o guarda de hecho (Fernández Aparicio, 2008).
3. Medidas tras sentencia condenatoria (Fernández Aparicio, 2008):
 - Mismas restricciones del artículo 48 y 57, pero ya como medidas definitivas con duración limitada.
 - Inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento.
 - Estas medidas se aplican a delitos relacionados con la integridad física, libertad sexual, moral, y otros que afecten al menor.

La Orden de Protección Integral, contemplada también en el artículo 544 ter de la LECr, permite al juez dictar simultáneamente medidas civiles y penales para garantizar la seguridad de la víctima, incluyendo el sustento económico. Si se incumple esta orden, se pueden adoptar medidas aún más restrictivas de la libertad personal del agresor (Fernández Aparicio, 2008).

Esta sección se alinea con el ODS 16 (Paz, justicia e instituciones sólidas), en la medida en que visibiliza la necesidad de garantizar el acceso efectivo a la justicia para las víctimas infantiles, así como asegurar que los derechos de la infancia sean protegidos a través de marcos jurídicos robustos y eficaces (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2021).

2.1.5. Teorías criminológicas relacionadas con los fenómenos de estudio

2.1.5.1. Teoría del aprendizaje social (Bandura y la imitación del comportamiento delictivo)

La teoría del aprendizaje social de Bandura describe cómo los individuos aprenden observando el comportamiento de los demás, lo que les permite imitar esas acciones posteriormente. El aprendizaje se da a través de la observación de las conductas ajenas y sus consecuencias. Dentro de esta teoría, existen conceptos clave que se vinculan con el trastorno facticio impuesto a otro:

Tabla 5. Relación entre el trastorno facticio impuesto a otro y la teoría del aprendizaje social de Bandura

CONCEPTOS	TEORÍA DEL APRENDIZAJE	TRASTORNO FACTICIO IMPUESTO A OTRO
<i>Modelado</i>	Las personas aprenden comportamientos observando a otras, como amigos, padres, figuras públicas, etc.	Si el agresor ha observado cómo manipular situaciones para obtener la atención deseada, incluso en el contexto médico, puede imitar esos comportamientos.
<i>Refuerzo y castigo</i>	Las consecuencias de las acciones influyen en la repetición de las mismas. Si	Si al provocar enfermedades en el niño se obtiene atención o beneficios, como económicos,

	una acción trae recompensa, la persona la repetirá.	el agresor reforzará este comportamiento y lo repetirá.
<i>Autoeficacia</i>	La creencia en la propia capacidad para llevar a cabo una acción influye en el comportamiento.	Al observar que pueden manipular con éxito a las personas, el agresor seguirá utilizando estos métodos de manipulación.

Fuente: *Elaboración propia a partir de Bandura (1977)*

2.1.5.2. Teoría del control social (Hirschi y la influencia de vínculos familiares y sociales)

La teoría del control social de Hirschi se centra en cómo los lazos sociales de un individuo pueden afectar su comportamiento y la propensión a cometer delitos. Esta teoría identifica cuatro elementos clave que disminuyen la probabilidad de conductas delictivas y refuerzan el control social.

Tabla 6. Relación entre el trastorno facticio impuesto a otro y la teoría del control social de Hirschi

ELEMENTOS	TEORÍA DEL CONTROL SOCIAL	TRASTORNO FACTICIO IMPUESTO A OTRO
<i>Vínculos afectivos</i>	Se refiere a la conexión emocional con amigos, familiares, entre otros. Cuanto más fuertes sean estos vínculos, menor es la probabilidad de cometer delitos.	Si los vínculos afectivos son débiles, la persona experimenta menos presión social, lo que puede llevarla a manipular y buscar atención de manera inapropiada.
<i>Compromiso</i>	Implica la dedicación a actividades como el trabajo o la educación, cuyo valor se pierde si se invierte el tiempo en comportamientos delictivos.	Si la persona no está comprometida con actividades constructivas, puede recurrir a este trastorno para llamar la atención y obtener satisfacción personal.
<i>Inversión</i>	Se refiere al tiempo que las personas dedican a relaciones o actividades sociales positivas.	La falta de inversiones en relaciones saludables puede llevar a la persona a buscar validación de forma disfuncional a través del

		trastorno.
<i>Creencias</i>	Son las opiniones personales sobre lo que es correcto o incorrecto. Las personas que creen en las normas sociales tienen menos probabilidades de cometer delitos.	Las personas con este trastorno pueden tener creencias distorsionadas sobre el valor de la atención médica, justificando su comportamiento para obtener beneficios personales.

Fuente: *Elaboración propia a partir de Hirschi (1969)*

2.1.5.3. Teoría de la Anomia (Durkheim y Merton: desviación y normas sociales)

La teoría de la anomia, propuesta por Durkheim y luego ampliada por Merton, aborda la desaparición o debilitamiento de las normas sociales en una sociedad, lo que genera confusión y desorientación en las personas. En su obra *El suicidio*, Durkheim explica cómo la anomia puede aumentar los índices de suicidio, especialmente en tiempos de crisis.

Cuando las expectativas sociales no están claras, las personas pueden sentirse perdidas, lo que afecta negativamente a su bienestar tanto social como psicológico. Merton amplió esta teoría al sugerir que, cuando existe una discrepancia entre los objetivos culturales y los medios disponibles para alcanzarlos, las personas adoptan diferentes formas de adaptarse a esa situación.

Tabla 7. Relación entre el trastorno facticio impuesto a otro y la teoría de la anomia de Durkheim y Merton

TEORÍA DE LA ANOMIA	TRASTORNO FACTICIO IMPUESTO A OTRO
La desaparición o debilitamiento de las normas sociales genera confusión y desorientación en las personas.	Las personas que sufren este trastorno provocan enfermedades para obtener atención o beneficios médicos. Según esta teoría, quienes cometen este comportamiento carecen de claridad sobre lo que es correcto o no, y sienten que no reciben la atención o el reconocimiento deseado.

Fuente: *Elaboración propia a partir de Durkheim (1897/2000); y Merton (1938)*

2.1.5.4. Teoría feminista (Perspectiva de género en los casos de agresores y víctimas)

La teoría feminista no se asocia a un solo autor, sino que ha sido desarrollada por diversas autoras destacadas como Kathleen Daly, Carol Smart y Meda Chesney-Lind. Esta teoría se enfoca en estudiar a las mujeres tanto como víctimas como potenciales delincuentes. Existen varios aspectos clave que permiten relacionar la teoría feminista con el trastorno facticio impuesto a otro:

Tabla 8. Relación entre el trastorno facticio impuesto a otro y la teoría feminista

CONCEPTOS IMPORTANTES	TRASTORNO FACTICIO IMPUESTO A OTRO
<i>Poder y Control</i>	Las mujeres que padecen este trastorno buscan obtener poder y control sobre la víctima, generalmente un menor, utilizando el sufrimiento del niño para validar su identidad.
<i>Violencia Encubierta</i>	La violencia ejercida por la mujer no es físicamente visible de manera tradicional, sino que afecta al menor de forma indirecta, tanto física como psicológicamente, y muchas veces pasa desapercibida por el sistema judicial.
<i>Rol de Género y Estigmatización</i>	Las mujeres que cometan este tipo de delitos no solo son vistas como criminales, sino también como aquellas que transgreden los roles tradicionales de maternidad y cuidado infantil.
<i>Apoyo Social y Salud Mental</i>	Muchas de las mujeres que incurran en este delito presentan antecedentes de trastornos mentales o experiencias traumáticas previas. Este factor es clave para entender tanto la falta de apoyo social como las motivaciones detrás de su comportamiento delictivo.
<i>Interseccionalidad</i>	Es crucial considerar cómo factores como la raza, el acceso a servicios médicos o la clase social pueden influir en el desarrollo del trastorno y en las oportunidades que la mujer no puede recibir debido a su condición.

Fuente: Elaboración propia a partir de Lovaglio y Del Bagge (2021); Jiménez Hernández (2015); y ONU Mujeres (2022)

2.1.5.5. Teoría de las oportunidades delictivas (Cloward y Ohlin: análisis del entorno del agresor)

La teoría de las oportunidades delictivas de Cloward y Ohlin explica cómo las oportunidades para cometer delitos afectan el comportamiento delictivo de las personas.

Tabla 9. Relación entre el trastorno facticio impuesto a otro y la teoría de las oportunidades delictivas de Cloward y Ohlin

CONCEPTOS	TEORÍA DE LAS OPORTUNIDADES DELICTIVAS	TRASTORNO FACTICIO IMPUESTO A OTRO
<i>Acceso a oportunidades</i>	Las oportunidades para cometer delitos varían según la estructura social y económica de la sociedad, determinando qué delitos son más accesibles para las personas.	Si una persona siente que no recibe suficiente apoyo o atención, puede recurrir a la manipulación de la salud del menor para obtener ese beneficio, debido a la falta de recursos o redes de apoyo.
<i>Subculturas delictivas</i>	La falta de oportunidades para lograr el éxito puede llevar a las personas a involucrarse en subculturas delictivas que faciliten la comisión de delitos.	En algunos casos, este comportamiento puede ser promovido o normalizado dentro de ciertos grupos, lo que facilita la adopción de este trastorno como una forma de obtener atención o beneficios.

Fuente: Elaboración propia a partir de Cloward y Ohlin (1960)

La frustración que experimentan las personas al no poder cumplir con ciertos estándares sociales puede llevarlas a buscar formas extremas de atención o validación, como el desarrollo del trastorno facticio impuesto a otro.

3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño de la investigación

El presente estudio adopta una metodología cualitativa de carácter exploratorio y descriptivo, centrada en el análisis de casos paradigmáticos y en la revisión crítica de literatura especializada. Este enfoque permite comprender en profundidad fenómenos complejos, como el trastorno facticio impuesto a otro, que implican múltiples dimensiones

clínicas, criminológicas y sociales, y que son difíciles de abordar mediante métodos cuantitativos convencionales.

Se ha optado por un diseño de estudio de casos múltiples (Marybeth Tinning, Lacey Spears y Dee Dee Blanchard) para identificar patrones de comportamiento, factores de riesgo y respuestas institucionales. Esta estrategia permite realizar una triangulación teórica y contextual, integrando conocimientos procedentes de la psiquiatría forense, la criminología y el análisis jurídico.

Para el análisis cualitativo de los casos seleccionados se ha empleado una estrategia de estudio de casos múltiples, centrada en la identificación de patrones comunes y elementos diferenciadores en la conducta del agresor, la respuesta institucional y las consecuencias para las víctimas. Se han considerado variables como la motivación aparente, los métodos utilizados, la trayectoria médica de las víctimas, el perfil psicológico del agresor y el desenlace legal. Estas variables se extrajeron de fuentes bibliográficas primarias y secundarias, priorizando artículos académicos, informes judiciales y análisis forenses.

La selección de los casos (Marybeth Tinning, Lacey Spears y Dee Dee Blanchard) obedece a su relevancia en la literatura científica y su valor representativo dentro del espectro del TFIO. Se ha optado por una lógica inductiva, interpretativa y contextualizada, adecuada para comprender fenómenos complejos que involucran motivaciones emocionales y estructuras sociales (Stake, 1995).

3.2. Consideraciones éticas

Dado que el estudio se basa exclusivamente en fuentes secundarias, no se ha requerido autorización ética formal. No obstante, se ha respetado el principio de no revictimización y se ha garantizado la integridad, confidencialidad y sensibilidad en el tratamiento de los datos, incluso cuando estos se encuentran en el dominio público. Además, se ha evitado cualquier uso sensacionalista de la información, priorizando siempre el análisis científico y profesional.

3.3. Fuentes de información y criterios de selección

Las fuentes consultadas incluyen artículos académicos, revisiones sistemáticas, manuales diagnósticos (DSM-5), jurisprudencia, informes institucionales y prensa especializada. Los criterios de inclusión se basaron en: relevancia para los objetivos del trabajo, rigurosidad académica, actualización (dando prioridad a publicaciones entre los años 2000 y 2024), accesibilidad completa para su análisis, publicaciones escritas en español o inglés, que abordaran directamente el TFIO o sus implicaciones criminológicas. En cuanto a los casos clínicos, se seleccionaron tres ejemplos emblemáticos por su relevancia mediática, jurisprudencial y clínica: Marybeth Tinning, Lacey Spears y Dee Dee Blanchard.

Para la realización de este trabajo se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de información en bases de datos académicas como Google Académico, PubMed y PsycINFO. Posteriormente, se procedió a la lectura crítica de la literatura que ofrecía información más relevante sobre el Trastorno Facticio Impuesto a Otro.

Se analizaron y desarrollaron los casos más significativos relacionados con este trastorno, con el objetivo de proporcionar ejemplos contextuales y prácticos que faciliten su comprensión. Asimismo, se evaluó la credibilidad de los autores o equipos de investigación responsables de los estudios, a fin de respaldar la validez de sus aportes y su autoridad en el campo.

Se ha desarrollado una tabla de criterios de inclusión y exclusión sobre los casos desarrollados en este trabajo de investigación y también sobre la bibliografía que se ha escogido.

Tabla 10. Tabla de criterios de inclusión y exclusión sobre los casos seleccionados (Tinning, Spears y Blanchard)

Criterios	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	Aplicación a los casos seleccionados
<i>Relevancia clínica</i>	Casos claramente diagnosticados con Trastorno Facticio Impuesto a Otro (TFIO) o Münchausen por Poder.	Casos con diagnóstico dudoso o sin diagnóstico formal.	Los tres casos tienen diagnóstico reconocido y documentado por profesionales de salud mental.

<i>Accesibilidad de información</i>	Casos ampliamente documentados en fuentes académicas, judiciales o médicas.	Casos con escasa o nula información verificable.	La documentación sobre los tres casos está disponible en artículos, documentales y registros judiciales.
<i>Gravedad de las consecuencias</i>	Casos donde la víctima ha sufrido consecuencias graves: muerte, daño físico severo o secuelas psicológicas.	Casos leves o sin consecuencias graves documentadas.	Marybeth causó la muerte de múltiples hijos; Lacey causó la muerte de su hijo; Dee Dee generó secuelas físicas y psicológicas graves en su hija.
<i>Variedad del perfil agresor</i>	Diversidad de contextos familiares, sociales y psicológicos que aportan riqueza al análisis comparativo.	Casos muy similares entre sí o sin complejidad psicodinámica.	Se seleccionaron perfiles distintos: una madre con historial de pérdidas (Tinning), una madre joven que expone públicamente el caso (Spears), y una madre sobreprotectora (Dee Dee).
<i>Valor pedagógico y analítico</i>	Casos que permiten analizar dinámicas comunes del TFIO y extraer patrones clínico-criminológicos .	Casos que no permiten extraer aprendizajes o que no aportan a los objetivos del trabajo.	Cada caso muestra elementos clave como manipulación, búsqueda de atención, patologías previas y fallos del sistema médico y judicial.
<i>Representatividad geográfica y cultural</i>	Casos internacionales que permitan una visión global del fenómeno.	Casos locales o poco representativos del fenómeno en el ámbito internacional.	Todos los casos pertenecen a contextos socioculturales distintos dentro de EEUU, favoreciendo la generalización del análisis.
<i>Impacto mediático o académico</i>	Casos que hayan tenido impacto mediático o en la literatura académica.	Casos desconocidos o sin aportaciones científicas relevantes.	Los tres casos han sido estudiados, documentados o convertidos en materiales de divulgación (documentales,

			artículos, tesis).
--	--	--	--------------------

Fuente: *Elaboración propia a partir de la lectura de los casos desarrollados*

Tabla 11. Tabla de criterios de inclusión y exclusión sobre la bibliografía escogida

Criterios	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	Aplicación a la bibliografía
<i>Relevancia temática</i>	Fuentes centradas en el Trastorno Facticio Impuesto a Otro, maltrato infantil, protección del menor y criminología.	Fuentes que abordan de forma tangencial o no abordan los temas tratados.	Todas las fuentes seleccionadas tratan el TFIO, el maltrato infantil o sus consecuencias, desde perspectivas clínicas, legales o sociales.
<i>Tipo de publicación</i>	Artículos científicos, tesis doctorales, trabajos académicos, legislación o manuales oficiales.	Opiniones sin respaldo académico, publicaciones no revisadas por pares.	Se incluyen artículos revisados por pares (e.g., Revista de Psicología, MedUNAB), tesis universitarias y manuales institucionales.
<i>Acceso y disponibilidad</i>	Documentos con acceso público y verificados en repositorios oficiales o revistas académicas.	Fuentes de difícil acceso o sin respaldo institucional.	Todos los documentos están disponibles en bases como Dialnet, PUCE, ResearchGate, o páginas gubernamentales.
<i>Autoría acreditada</i>	Autores con formación académica o afiliación institucional reconocida (universidades, hospitales, gobiernos).	Autores anónimos, sin acreditación o sin formación en el tema.	Todos los textos están firmados por autores acreditados: psicólogos, juristas, docentes o entidades oficiales como la Consejería de Política Social.
<i>Actualidad y pertinencia</i>	Publicaciones relevantes para el marco teórico, diagnóstico y abordaje del TFIO, aunque no	Textos desactualizados que no aportan información significativa.	Aunque algunos textos son de años anteriores (2002-2012), siguen siendo fundamentales en la comprensión

	sean recientes.		clínica y jurídica del TFIO.
<i>Perspectiva multidisciplinar</i>	Fuentes desde psicología, derecho, trabajo social, medicina, educación o criminología.	Documentos con enfoque excesivamente restrictivo que no aportan a la visión integral.	Se abordan todas las disciplinas clave para el estudio del TFIO: salud mental (Cujíñio, Jiménez Hernández), derecho (Cuenca Chaca), criminología (Vila, Greco, Loinaz y Pereda), etc.
<i>Utilidad para objetivos del TFG</i>	Fuentes que permiten analizar el perfil del agresor, consecuencias legales y métodos de detección.	Bibliografía que no apoya directamente los objetivos e hipótesis del TFG.	Las fuentes permiten desarrollar las hipótesis sobre subdiagnóstico, antecedentes del agresor y falta de formación profesional.

Fuente: Elaboración propia a partir de la lectura de la información desarrollada

3.4. Limitaciones del estudio

Las principales limitaciones del presente trabajo son:

- La escasez de investigaciones actuales sobre TFIO en el ámbito hispanohablante, lo que ha condicionado el análisis a contextos principalmente anglosajones.
- La ausencia de entrevistas o trabajo de campo, propia del enfoque documental del estudio.
- La dificultad para establecer generalizaciones válidas, dado que el análisis de casos no permite inferencias estadísticas.

No obstante, el enfoque cualitativo adoptado ha permitido una comprensión profunda y contextualizada del fenómeno, sentando las bases para futuras investigaciones empíricas y líneas de intervención profesional.

Uno de los principales límites metodológicos del presente trabajo radica en la escasa disponibilidad de datos clínicos o judiciales completos sobre casos diagnosticados en España. Además, al basarse en el análisis documental de casos emblemáticos, se limita la posibilidad de generalizar conclusiones a otros contextos culturales o jurídicos. No obstante, esta estrategia permite aportar una comprensión profunda del fenómeno, identificar vacíos institucionales y sentar las bases para investigaciones empíricas futuras con mayor alcance cuantitativo.

3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Según Cujiño, Dávila, Sarmiento, Villareal y Chaskel (2012), en relación con las medidas de protección a los menores víctimas de maltrato infantil dentro del ámbito familiar, es crucial considerar también aquellos casos donde el daño hacia el menor no es evidente de forma inmediata, como sucede en el trastorno facticio impuesto a otro, también conocido como síndrome de münchausen por poderes. Esta forma de maltrato infantil resulta especialmente compleja de identificar y abordar, ya que suele pasar desapercibida durante un largo periodo de tiempo. Este trastorno no suele sospecharse hasta que se ha reunido suficiente información, lo cual requiere un análisis exhaustivo de cada miembro de la familia.

La actuación en estos casos debe adaptarse a la situación concreta. Por ejemplo, si se trata de una madre extremadamente preocupada por la salud de su hijo pero colaboradora con los profesionales sanitarios, no se justifica un reporte inmediato a las autoridades. Sin embargo, sí es fundamental mantener una vigilancia constante para garantizar el bienestar del menor. En cambio, si existen indicios claros de que el niño está siendo víctima de maltrato, resulta imperativo notificarlo a las autoridades competentes para asegurar su protección inmediata (Cujiño, Dávila, Sarmiento, Villareal y Chaskel, 2012).

Una vez se confirma el diagnóstico de TFIO, se debe convocar una reunión interdisciplinar entre los profesionales implicados en el caso, como el pediatra, el psiquiatra infantil y el trabajador social, con el fin de tomar decisiones que aseguren la salud física y emocional del niño. Esta información debe transmitirse de forma empática y confidencial a los familiares, sin emitir acusaciones directas. Además, es esencial ofrecer al agresor, en la mayoría de los casos la madre, ayuda terapéutica especializada en lugar de adoptar una postura únicamente punitiva (Cujiño, Dávila, Sarmiento, Villareal y Chaskel, 2012).

El abordaje de este tipo de casos requiere una intervención psiquiátrica infantil, ya que los menores expuestos a estas dinámicas pueden sufrir traumas profundos, además de desarrollar trastornos psicológicos a largo plazo. Así lo señalan Alarcón Forero, Araújo Reyes, Godoy Díaz y Vera Rueda (2010), quienes destacan que las consecuencias del maltrato infantil no solo son emocionales, sino también orgánicas, incluyendo síntomas neurológicos, gastrointestinales o incluso retraso en el crecimiento. Por este motivo, los exámenes médicos y psicológicos deben ser amplios y contemplar tanto al menor como a su entorno familiar.

En términos de prevención, estos autores también subrayan la importancia de implementar estrategias como visitas domiciliarias, programas de apoyo parental y educación emocional para los cuidadores. Es fundamental cambiar la percepción social sobre el maltrato infantil: dejar de verlo como una situación aislada para entenderlo como un reflejo de una patología estructural y cultural que requiere la intervención de múltiples agentes (Alarcón Forero, Araújo Reyes, Godoy Díaz y Vera Rueda, 2010).

Asimismo, Cuenca Chaca (2024) hace énfasis en la dinámica relacional del TFIO, donde se identifican claramente dos roles: la víctima, generalmente un menor de edad, y el agresor, que suele ser una figura femenina cercana, comúnmente la madre. Esta suele presentar un perfil psicológico complejo, con antecedentes de maltrato en su infancia, presencia de trastornos de personalidad, y con frecuencia una vinculación al ámbito sanitario. Estos factores, combinados con conductas disfuncionales hacia sus hijos, contribuyen a perpetuar el ciclo de maltrato.

El menor, por su parte, suele proceder de un entorno familiar desestructurado y comenzar a sufrir abusos a partir de los cinco años. La falta de apoyo afectivo, la baja situación socioeconómica y la carencia de redes de soporte agravan la vulnerabilidad del niño, lo que requiere un abordaje integral que contemple tanto su fase de desarrollo como sus necesidades emocionales y físicas (Cuenca Chaca, 2024).

La detección de este trastorno también representa un reto clínico considerable. Lovaglio y Del Bagge (2021) destacan la dificultad de los pediatras para identificar el TFIO, ya que son fácilmente engañados por la conducta manipuladora del agresor. Por ello, resulta indispensable que el trabajo social y psicológico se incorpore desde las fases iniciales del

diagnóstico, permitiendo así excluir al agresor de la dinámica familiar y proteger eficazmente a la víctima.

Además, los autores señalan que muchos servicios de protección infantil no disponen ni del conocimiento especializado ni de los recursos suficientes para atender estos casos. A esto se suma la falta de seguimiento terapéutico obligatorio para los agresores, lo cual deja sin resolver el núcleo del problema y perpetúa el riesgo de reincidencia (Lovaglio y Del Bagge, 2021).

La protección integral del menor no puede limitarse a la actuación administrativa ni judicial. Debe contemplar un enfoque multidisciplinar donde se combinen medidas preventivas, diagnósticos tempranos, intervenciones médicas, psicológicas y sociales, así como reformas estructurales que refuerzen el sistema de protección de menores. Solo así se podrá garantizar una verdadera seguridad y bienestar para los niños y niñas que sufren situaciones tan complejas como el trastorno facticio impuesto a otro (Lovaglio y Del Bagge, 2021).

Del análisis comparativo de los tres casos clínicos seleccionados (Tinning, Spears y Blanchard), se extraen varios patrones comunes:

- En todos los casos, el agresor principal fue la madre biológica.
- Las agresoras mostraban rasgos de trastornos de la personalidad (histriónico, límite o narcisista), con necesidad de atención y manipulación emocional.
- Se utilizó activamente el sistema sanitario, con múltiples visitas médicas e intervenciones innecesarias.
- Hubo una demora significativa en la detección del abuso, en parte por la falta de formación del personal sanitario y la confianza depositada en los progenitores.
- En dos de los tres casos, la muerte de la víctima fue el desenlace final, mientras que en el caso de Gypsy Rose se produjo una respuesta violenta por parte de la víctima como vía de escape.

Estos resultados confirman la hipótesis principal de que el TFIO está infradiagnosticado y que existen deficiencias graves en su detección y abordaje.

El análisis de los tres casos paradigmáticos revela patrones comunes en la dinámica del trastorno facticio impuesto a otro, como la instrumentalización de la figura materna, la simulación médica prolongada y la pasividad institucional. Estos elementos permiten reflexionar sobre la enorme dificultad en la detección precoz del TFIO, incluso cuando existen múltiples contactos con profesionales de la salud y la educación. La figura del agresor, generalmente femenina y con gran capacidad de manipulación, escapa a los estereotipos delictivos tradicionales, lo que genera una barrera estructural a la sospecha clínica (Moral Jiménez & Melendi Mancebo, 2023).

Desde el punto de vista criminológico, se confirma la validez de teorías como la del aprendizaje social (Bandura) y la del control social (Hirschi), especialmente en lo relativo a la interiorización de patrones violentos en la infancia y la desvinculación de los lazos afectivos como factor de riesgo (Lovaglio & Del Bagge, 2021). Asimismo, la teoría de la anomia de Merton resulta útil para entender cómo estas mujeres, en contextos de aislamiento y frustración vital, pueden utilizar el rol materno como medio para alcanzar atención o estatus mediante conductas desviadas.

Uno de los aspectos más relevantes que emerge es la insuficiente formación del personal médico, educativo y jurídico para reconocer las señales sutiles del TFIO. La literatura señala que la mayoría de las publicaciones sobre este trastorno se encuentran en revistas pediátricas, y no en psiquiatría o psicología (Jiménez Hernández, 2015), lo cual evidencia una necesidad urgente de transversalizar este conocimiento.

Además, es imprescindible integrar una perspectiva de género y salud mental en las políticas públicas, dado que la mayoría de las agresoras son mujeres con antecedentes personales de trauma o disfunción psicosocial (Sheridan, 2003). El análisis realizado, aunque limitado a tres casos, permite abrir futuras líneas de trabajo más amplias que incluyan datos empíricos, estudios comparativos internacionales y el diseño de protocolos específicos de cribado institucional.

4. CONCLUSIONES

El presente trabajo ha permitido profundizar en el trastorno facticio impuesto a otro como una forma extrema y poco visibilizada de maltrato infantil, con importantes implicaciones criminológicas, forenses y sociales. A través del análisis teórico y de casos paradigmáticos, se ha confirmado que el TFIO constituye una modalidad de violencia de difícil detección, caracterizada por el uso instrumental de la víctima con fines de atención, validación o beneficios personales por parte del agresor.

Los casos de Marybeth Tinning, Lacey Spears y Dee Dee Blanchard han mostrado patrones comunes de manipulación médica, distorsión de la realidad, y una elevada capacidad de engaño por parte de las agresoras. Todos comparten, además, una posición social que les permite eludir sospechas bajo el rol de “madre protectora”, lo que refuerza la dificultad en su detección. Las consecuencias para las víctimas son devastadoras: desde daños físicos irreversibles hasta la muerte.

Desde una perspectiva criminológica, se identifican varios factores de riesgo recurrentes en los agresores, como antecedentes de trauma infantil, trastornos de la personalidad y aislamiento social. El análisis teórico ha demostrado la aplicabilidad de modelos como la teoría del aprendizaje social, la anomia, el control social o el enfoque feminista para comprender los mecanismos de victimización y las dinámicas de poder implicadas.

Asimismo, se ha evidenciado una preocupante falta de formación específica en los profesionales de la salud y la educación, quienes, muchas veces, intervienen de forma involuntaria en la perpetuación del abuso. Esta falta de formación y de protocolos claros es uno de los principales obstáculos en la detección precoz del TFIO. Las estructuras institucionales actuales muestran déficits importantes a la hora de ofrecer respuestas eficaces y coordinadas frente a este tipo de maltrato.

El análisis del trastorno facticio impuesto a otro, desde una perspectiva criminológica y psiquiátrica, revela una relación compleja entre los factores psicosociales, los antecedentes personales de los agresores, y las dificultades en la detección temprana de este tipo de abuso

infantil. En este contexto, las teorías sociológicas y psicológicas, como la teoría del aprendizaje social de Bandura, la teoría del control social de Hirschi, y la teoría de la anomia de Durkheim y Merton, permiten comprender cómo los individuos que desarrollan este trastorno pueden ser influenciados por su entorno social y personal, limitándose comportamientos destructivos aprendidos o buscando formas de manipular la atención en función de necesidades insatisfechas.

La teoría feminista aporta una dimensión crítica sobre el poder y control ejercido por las madres agresoras, subrayando que muchos de los agresores con este trastorno poseen antecedentes de trauma infantil, lo que subraya la importancia de comprender el contexto emocional y psicológico de las mujeres que cometen este tipo de maltrato. Esto refuerza nuestra hipótesis secundaria sobre la influencia de los antecedentes de trauma en el comportamiento abusivo. Además, la teoría de las oportunidades delictivas de Cloward y Ohlin ilustra cómo la falta de oportunidades sociales y el aislamiento pueden contribuir a que algunos individuos recurran a estos métodos extremos de manipulación para obtener atención y validación.

Este enfoque teórico coincide con la hipótesis principal de que el TFIO es una forma de maltrato infantil altamente subdiagnosticada. Los profesionales en salud y educación, a menudo carentes de la formación adecuada, se ven limitados en su capacidad para identificar los casos a tiempo. La manipulación del agresor, que en muchas ocasiones induce enfermedades físicas o psicológicas en la víctima, presenta un desafío adicional para los sistemas judiciales y médicos, que carecen de protocolos específicos para la detección de esta patología.

Por otro lado, la relación entre la teoría del control social y el TFIO resalta cómo los vínculos familiares y la falta de conexiones sociales pueden incrementar la probabilidad de que este tipo de abusos se perpetúen. Cuando los vínculos afectivos son débiles o inexistentes, el agresor puede sentir menos presión para adherirse a las normas sociales, lo que refuerza la necesidad de fortalecer los programas de apoyo familiar y la intervención temprana. Este análisis también permite reafirmar los objetivos específicos de la investigación, que buscan examinar los perfiles criminológicos y psiquiátricos de los agresores y evaluar las deficiencias en los métodos de detección e intervención.

Este trabajo ha evidenciado la complejidad del trastorno facticio impuesto a otro como forma de maltrato infantil encubierto. A través del análisis criminológico y psiquiátrico, se ha puesto de relieve la dificultad para detectar este trastorno, su elevada subnotificación, y las consecuencias devastadoras para la víctima.

Los casos estudiados demuestran patrones repetitivos de búsqueda de atención, manipulación del entorno y victimización activa del menor. Las agresoras comparten perfiles con altos niveles de narcisismo, inestabilidad emocional y antecedentes de trauma infantil. Desde el punto de vista criminológico, se constata que el TFIO se perpetúa por la falta de formación de los profesionales en su detección, y por la tendencia institucional a confiar de manera acrítica en los progenitores. Desde la psiquiatría, se exige una mejor comprensión de los trastornos de personalidad implicados. Se concluye la necesidad de:

- Desarrollar protocolos específicos para su diagnóstico diferencial.
- Establecer una formación obligatoria en TFIO para profesionales sanitarios, docentes y del ámbito jurídico.
- Fomentar campañas de sensibilización en pediatría y atención primaria.
- Promover la inclusión de este trastorno en los programas de formación universitaria en salud mental y criminología.

La intervención temprana puede salvar vidas, evitar daños irreversibles y romper el ciclo intergeneracional del maltrato.

En definitiva, el TFIO es un delito multifacético que requiere de un enfoque integral que considere no sólo las características personales de los agresores, sino también el contexto social y familiar en el que se desarrolla. Las investigaciones criminológicas y psiquiátricas deben trabajar de la mano con la implementación de protocolos de detección más efectivos, la formación continua de profesionales y la creación de redes de apoyo para las víctimas, para reducir el daño prolongado y mejorar las intervenciones legales en estos casos.

Según las Naciones Unidas (2015), en consonancia con los principios de la Agenda 2030, este estudio se orienta a la consecución de varios Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La prevención del TFIO y el fortalecimiento de los mecanismos de protección contribuyen al ODS 3 (OMS, 2020).

La mejora en la formación de profesionales impacta positivamente en el ODS 4 (UNESCO, 2017), mientras que el análisis desde la perspectiva de género aporta al cumplimiento del ODS 5 (ONU Mujeres, 2022).

Por último, las propuestas institucionales presentadas están directamente vinculadas al ODS 16, al apostar por sistemas de protección más eficaces, coordinados y centrados en la víctima (UNICEF España, 2021).

Este trabajo ha supuesto no solo una oportunidad académica, sino también personal, para profundizar en una forma de maltrato infantil poco visibilizada y altamente compleja. Como futura profesional de la criminología, me comprometo a seguir promoviendo el conocimiento, la prevención y la intervención temprana ante estos casos, contribuyendo a una sociedad más justa y consciente.

5.1. Amplitud y limitaciones de la investigación

Este estudio ha sido limitado por su enfoque documental y la escasa disponibilidad de literatura actualizada en español. No obstante, la selección de casos y el análisis teórico han permitido establecer relaciones sólidas entre el TFIO, el maltrato infantil y la psicopatología de los agresores. La metodología cualitativa ha ofrecido una visión profunda, aunque no generalizable, del fenómeno.

Tras la elaboración de esta investigación, resulta fundamental destacar tanto su alcance como sus limitaciones. El propósito principal del estudio ha sido analizar el Trastorno Facticio Impuesto a Otro desde una perspectiva criminológica y psiquiátrica, estableciendo su vinculación con el maltrato infantil y sus implicaciones legales. Este objetivo se ha cumplido satisfactoriamente, mediante un enfoque cualitativo basado en una exhaustiva revisión bibliográfica.

No obstante, durante el desarrollo del trabajo se han identificado diversas dificultades que han influido en su extensión y profundidad. En primer lugar, se presentan limitaciones teóricas significativas, ya que se trata de un tema poco abordado y con escasa bibliografía disponible, lo que ha restringido el desarrollo del análisis. A nivel metodológico, aunque el estudio podría haberse enriquecido con entrevistas a personas implicadas en casos reales, factores como el tiempo limitado y la dificultad para acceder a testimonios voluntarios han impedido incorporar esta herramienta.

También se han encontrado limitaciones geográficas, ya que todos los casos analizados provienen de Estados Unidos, al no localizarse casos públicos documentados en España. La falta de tiempo ha dificultado la búsqueda de ejemplos en otros países, lo que habría aportado una visión más amplia y diversa del fenómeno. A pesar de estas restricciones, el trabajo se apoya en una base sólida que puede servir como punto de partida para futuras investigaciones que profundicen en esta problemática poco explorada.

5.2. Futuras líneas de investigación

Se propone implementar las siguientes medidas:

- Formación obligatoria y especializada para personal sanitario, docentes y trabajadores sociales sobre TFIO y otras formas encubiertas de maltrato infantil.
- Creación de protocolos específicos de detección temprana, que incluyan herramientas clínicas, indicadores conductuales y alertas escolares.
- Tipificación legal más precisa del TFIO en los códigos penales de habla hispana, con sanciones adecuadas y medidas de protección efectivas para las víctimas.
- Desarrollo de líneas de investigación empírica que recojan testimonios de profesionales que hayan intervenido en casos reales, así como estudios de prevalencia e impacto en distintos contextos culturales.

El TFIO continúa siendo un fenómeno subestimado. Aumentar su visibilidad, comprender su complejidad y prevenir su reproducción son tareas urgentes en el marco de la criminología moderna, donde la protección de los menores debe ser un principio rector. Con trabajos como este, se avanza hacia una criminología crítica, sensible y comprometida con los sectores más vulnerables de la sociedad.

5. BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Alarcón Forero, L. C. A. F., Araújo Reyes, A. P. A. R., Godoy Díaz, A. P. G. D., & Vera Rueda, M. E. V. R. (10 d. C.). *Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo*. *MedUNAB*, 13(2), 103–115.
<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/1155/1143>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.

Conserjería de Política Social, Mujer e Inmigración, Dirección General de Familia y Menor, Salmerón Giménez, J. A. S. G., Pérez Hernández, F. P. H., Vera Sánchez, J. V. S., Pérez Ruiz, D. P. R. (s. f.). *Atención al maltrato infantil desde el ámbito de los cuerpos y fuerzas de seguridad (manual para el profesional)*. Región de Murcia.
<https://dspace.carm.es/jspui/bitstream/20.500.11914/1473/1/1261-Texto%20Completo%201%20Atenci%c3%b3n%20al%20maltrato%20infantil%20desde%20el%20%c3%a1mbito%20de%20los%20cuerpos%20y%20fuerzas%20de%20seguridad-%20Manual%20para%20el%20profesional.pdf>

Cuenca Chaca, A. E. C. C. (2024). *Ánálisis jurídico y forense del trastorno facticio por poderes* [Trabajo de titulación]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
<https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/d6c28dac-c310-4e20-bb40-8f0bb8249093/content>

Cujiño, M. F. C. C., Dávila, A. D. P., Sarmiento, M. M. S. L., Villareal, M. I. V. Q., & Chaskel, R. C. H. (2012). Síndrome de Munchausen por poder. *Revista Latinoamericana*

de *Psiquiatría*, 11(2), 60–65.
<https://www.medicgraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp121f.pdf>

Durkheim, E. (2000). *El suicidio* (6^a ed.). Akal. (Trabajo original publicado en 1897)

Fernández Aparicio, J. M. F. A. (2008). *La protección de los menores en España*. Universidad Nacional Autónoma de México.
https://www.researchgate.net/publication/26610773_La_proteccion_de_los_menores_en_Espana

García, J. G. (2024, 1 febrero). *Significado de control: definición y concepto*. Significadosweb. Recuperado 1 de febrero de 2024, de <https://significadosweb.com/el-autor/>

Garrido, V., Stangeland, P., & Redondo, S. (2006). *Principales teorías criminológicas*. Ariel.

Gayubas, A. (2025, 23 abril). *Poder - Qué es, tipos y diferentes acepciones*. Concepto.
<https://concepto.de/poder/>

Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. University of California Press.

Jiménez Hernández, J. L. J. H. (2015). *Síndrome de Munchausen por poderes: un tipo sutil de niños maltratados* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Dialnet.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=194927>

Jiménez Hernández, M. (2015). El síndrome de Munchausen por poderes: análisis clínico y legal. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Lovaglio, G. S., & Del Bagge, P. (2021). Síndrome de Münchhausen por poderes: Alto riesgo para la vida de niños, niñas y adolescentes. *Revista de Psicología*, 20(2), 123–138. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe082>

Lovaglio, L., & Del Bagge, M. (2021). Perfil clínico-forense de las agresoras con trastorno facticio impuesto a otro. *Revista Argentina de Salud Mental*, 13(2), 155–166.

Meadow, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy: The hinterland of child abuse. *The Lancet*, 310(8033), 343–345. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(77\)91497-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(77)91497-0)

Merton, R. K. (1938). Social structure and anomie. *American Sociological Review*, 3(5), 672–682.

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2021). *Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030*. <https://www.agenda2030.gob.es>

Moral Jiménez, C., & Melendi Mancebo, M. (2023). Abuso infantil inducido: diagnóstico y desafíos institucionales. *Anuario de Psiquiatría Forense*, 29, 87–105.

Moral Jiménez, M. V., & Melendi Mancebo, J. M. (2023). Actitudes hacia el síndrome de Münchhausen por poderes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 23(2), 161–173. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8978907>

Moreno Manso, J. M. (2002). Historia del maltrato infantil. Revista de Historia de la Psicología, 23(1), 101–112.
https://dehesa.unex.es:8443/bitstream/10662/13217/1/0213-9529_21_75.pdf

Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

ONU Mujeres. (2022). *Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres y niñas en la Agenda 2030*. <https://www.unwomen.org/es>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Maltrato infantil*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Porto, J. P. (2023, 9 enero). *Responsabilidad penal - Qué es, definición, clasificación y ejemplos*. Definición.de. <https://definicion.de/responsabilidad-penal/>

Porto, J. P., & Merino, M. (2021, 20 julio). *Manipulación - Qué es, ejemplos, definición y concepto*. Definición.de. <https://definicion.de/manipulacion/>

Ricardo, R. R. (2024, 1 abril). *Atención médica: Definiciones y tipos*. Estudyando.
<https://estudyando.com/atencion-medica-definiciones-y-tipos/>

Serrano, I. Y., & Serrano, I. Y. (2025, 6 enero). *Victimización secundaria: qué es y cómo prevenirla*. Instituto Europeo de Asesoría Fiscal.
<https://www.ineaf.es/tribuna/victimizacion-secundaria/>

Sheridan, M. S. (2003). The deceit continues: An updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect*, 27(4), 431–451.

Soria Güidone, M. (2006). El síndrome de Münchhausen por poderes: implicaciones clínicas y sociales. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 6(2), 75–84.
https://repositorio.21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12214/Trabajo_Final_-_Soria_G%C3%BCidone_Virginia.pdf?sequence=1

Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

UNESCO. (2017). Educación para los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Objetivos de aprendizaje. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000247444>

UNICEF España. (2021). La Agenda 2030 y la infancia: Guía para su implementación local.
<https://www.unicef.es/agenda2030>

Vila, R. V., Greco, A. M. G., Loinaz, I. L., & Noemí Pereda. (2019). El profesorado español ante el maltrato infantil. estudio piloto sobre variables que influyen en la detección de menores en riesgo. *REIC (Revista Española de Investigación Criminológica)*, 8, 17.
<https://reic.criminologia.net/index.php/journal/article/view/153/181>

6. REFERENCIAS NORMATIVAS

España. (1995). Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre). Boletín Oficial del Estado, núm. 281, de 24 de noviembre de 1995.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>

España. (1882). Ley de Enjuiciamiento Criminal (Real Decreto de 14 de septiembre de 1882). Boletín Oficial del Estado, núm. 260, de 17 de septiembre de 1882.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1882-6036>

ANEXO 1

Tabla A1. Criterios de inclusión y de exclusión utilizados para la selección de la bibliografía

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Publicaciones científicas revisadas por pares (journals, artículos académicos, informes técnicos).	Fuentes no académicas (blogs personales, foros, páginas sin respaldo institucional).
Estudios que abordan el trastorno facticio impuesto a otro (TFIO) o el Síndrome de Münchhausen por poderes.	Textos que traten únicamente sobre trastornos psiquiátricos sin vinculación con el TFIO o el maltrato.
Literatura que incluya un enfoque criminológico, forense o legal relacionado con el maltrato infantil.	Bibliografía exclusivamente clínica sin relación criminológica, legal o social.
Documentos en español e inglés publicados entre 2000 y 2024.	Publicaciones anteriores al año 2000 (excepto textos clásicos fundamentales como Asher o Meadow).
Normativas legales relevantes (españolas e internacionales) en protección de menores o maltrato infantil.	Fuentes sin vigencia legal, artículos desactualizados o sin referencias claras.
Casos clínicos-forenses reales y documentados con implicaciones criminológicas.	Casos anecdoticos sin respaldo documental ni publicación formal.
Informes institucionales (OMS, UNICEF, Ministerio de Sanidad, etc.).	Opiniones sin evidencia o referencias en redes sociales.

Fuente: Elaboración propia a partir de la lectura de la información desarrollada

ANEXO 2

Tabla A2. Relación de los ODS y el trastorno facticio impuesto a otro

ODS	Nombre	Contribución del TFG
<i>ODS 3</i>	Salud y bienestar	Visibiliza el TFIO como forma grave de maltrato infantil (OMS, 2020).
<i>ODS 4</i>	Educación de calidad	Propone formación para profesionales de la salud de la educación (UNESCO, 2017).
<i>ODS 5</i>	Igualdad de género	Analiza el rol materno desde una perspectiva crítica de género (ONU Mujeres, 2022).
<i>ODS 16</i>	Paz, justicia e instituciones sólidas	Sugiere mejoras institucionales en la respuesta legal (UNICEF España, 2021).

Fuente: Elaboración propia a partir de OMS (2020); UNESCO (2017); ONU Mujeres (2022) y UNICEF España (2021)

ANEXO 3

Glosario de términos clave:

- **Trastorno facticio impuesto a otro (TFIO):** Personas que fabrican o provocan síntomas físicos, psicológicos o ambos, sin otro objetivo que adoptar el rol de paciente (Moral Jiménez y Melendi Mancebo, 2023).
- **Síndrome de Münchhausen:** Término anteriormente utilizado para describir lo que hoy se conoce clínicamente como Trastorno Facticio Impuesto a Otro. Fue acuñado por el pediatra británico Roy Meadow en 1977 y refleja la dinámica de abuso ejercida por el cuidador hacia un menor para asumir el rol de madre atenta o sacrificada (Meadow, 1977; Moral Jiménez & Melendi Mancebo, 2023).
- **Maltrato Infantil:** Cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un niño, menor de 18 años, incluyendo maltrato afectivo y físico, desatención, abuso sexual, explotación comercial, negligencia o de otra índole que pueda dañar la salud, la dignidad y el desarrollo del menor, o que ponga en peligro su supervivencia dentro del contexto de una relación de confianza, responsabilidad o poder (Organización Mundial de la Salud, 2020).
- **Victimización secundaria:** Los efectos negativos que provoca el hecho de revivir repetitivamente un trauma, dado que al contar lo sucedido, se intensifica el dolor y dificulta la recuperación emocional (Yebra Serrano, 2025).
- **Manipulación:** Es el efecto y la acción de manipular. Esto se puede llevar a cabo como por ejemplo con las manos, intervenir junto con otros medios para distorsionar la realidad, entre otros (Pérez Porto y Merino, 2021).
- **Atención médica innecesaria:** Proceso de recibir tratamiento médico que no es necesario (Ricardo, 2024).
- **Control:** Capacidad de dirigir, gestionar y regular una situación, proceso u objeto según una intención o plan específico. Tiene poder de tomar decisiones e influencia

sobre las circunstancias que afecte al resultado deseado. Se manifiesta a través del control personal de nuestras emociones o del control técnico como en la ciencia o en la ingeniería (García, 2024).

- **Poder:** La capacidad de que una persona influencie, lidere o domine a otras, en ocasiones mediante la fuerza, para que se sometan a su voluntad o hagan ciertas cosas (Gayubas, 2025).
- **Responsabilidad penal:** La capacidad de las personas para comprender y advertir los efectos de sus acciones. En el caso de ser penal, se refiere a aquella vinculada a la pena o al crimen (Pérez Porto, 2023).
- **Criminología forense:** Disciplina que integra conocimientos de la criminología, el derecho y las ciencias forenses para estudiar los delitos, las conductas delictivas y los perfiles de los agresores desde una perspectiva técnica, con el objetivo de aportar pruebas y análisis útiles en el contexto judicial.
- **Factores de riesgo:** Circunstancias personales, familiares o sociales que incrementan la probabilidad de que una persona cometa una conducta delictiva o desarrolle comportamientos dañinos hacia otros. En el contexto del TFIO, destacan antecedentes de abuso, trastornos de personalidad, dependencia emocional o aislamiento social (Soria Güidone, 2006; Alarcón Forero et al., 2010).
- **Teoría del aprendizaje social:** Modelo explicativo propuesto por Albert Bandura, según el cual los comportamientos se adquieren por observación e imitación de modelos significativos. En el ámbito criminológico, se aplica para entender cómo las conductas violentas o abusivas pueden reproducirse en quienes fueron expuestos a ellas en su infancia (Bandura, 1977).
- **Teoría del control social:** Propuesta por Travis Hirschi, sostiene que el delito se comete cuando los vínculos afectivos, sociales o institucionales que unen al individuo con su entorno son débiles o inexistentes. La falta de apego, compromiso y creencias sociales aumenta la probabilidad de transgredir normas (Hirschi, 1969).

- **Teoría de la anomia:** Desarrollada inicialmente por Émile Durkheim y ampliada por Robert Merton, plantea que las conductas desviadas surgen cuando los individuos no pueden alcanzar metas socialmente establecidas por medios legítimos. La frustración generada puede dar lugar a conductas delictivas o patológicas (Durkheim, 1897/2000; Merton, 1938).
- **ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible):** Agenda global adoptada por la ONU en 2015 que establece 17 objetivos para erradicar la pobreza, proteger el medio ambiente y garantizar el bienestar, la igualdad y la justicia antes del año 2030. Este trabajo se vincula especialmente con los ODS 3, 4, 5 y 16 (Naciones Unidas, 2015).
- **Intervención institucional:** Conjunto de acciones coordinadas por parte de organismos públicos (servicios sociales, justicia, sanidad y educación) para detectar, prevenir y abordar situaciones de violencia o abuso. Su finalidad es garantizar la protección de la víctima, la persecución del delito y la restauración de derechos vulnerados (UNICEF España, 2021; Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2021).