

Urgencias relacionadas con manifestaciones descritas en la alienación parental y su asociación con divorcios conflictivos: el papel del pediatra en medio de la incertidumbre

P. Calero Navarro, M. Irlles Dolz, N. González Montes, M.T. Jiménez Busselo, J. Aragón Domingo
Sección de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Resumen

Antecedentes: El síndrome de alienación parental (SAP), descrito como una forma de maltrato psicológico infantil, suele emerger en el contexto de divorcios conflictivos. El menor rechaza a un progenitor injustificadamente tras la manipulación psicoemocional ejercida por el otro, y acaba interiorizándola como propia, contribuyendo al descrédito del progenitor rechazado.

Objetivos: Determinar la prevalencia de ciertas manifestaciones descritas en el SAP, el rechazo parental (RP) y las acusaciones de abusos sexuales o maltrato del menor por parte de un progenitor hacia el otro (Acusaciones) en la urgencia pediátrica y evaluar su relación con los divorcios conflictivos.

Pacientes y método: Se estudiaron retrospectivamente las historias de los niños atendidos en las urgencias de un hospital terciario, a lo largo de 3 años, con una miscelánea de diagnósticos psiquiátricos y de índole psicosocial al alta. Se correlacionaron las variables RP y Acusaciones con el divorcio y la concurrencia de conflicto.

Resultados: Se estudiaron 357 niños, con una prevalencia de RP del 9% y de Acusaciones del 11%. En ambas se analizaron los diagnósticos al alta y se constató una relación contundente con la situación de divorcio conflictivo. En el análisis de regresión logística, la *Odds ratio* (OR) de la relación RP/conflicto fue de 5,6 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 2-18; $p < 0,002$), y la de Acusaciones/conflicto de 12 (IC del 95% 4-43; $p < 0,001$).

Conclusiones: La prevalencia encontrada de RP y Acusaciones y su alta relación con los divorcios conflictivos obligan al pediatra a estar instruido y sensibilizado para detectar un posible SAP, reclamando su diagnóstico y atención psicosocial, y evitar ser manipulado y convertido en cómplice inocente de esta forma de maltrato.

©2019 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Síndrome de alienación parental, alienación parental, maltrato psicológico infantil, niños de divorcio conflictivo.

Abstract

Title: Emergencies related to manifestations described in parental alienation and its association with high conflict divorces: pediatrician's role in the midst of uncertainty

Background: Parental alienation syndrome (PAS), described as a form of child psychological abuse, usually emerges in the context of conflicting divorces. The child rejects a parent without justification due to the other parent's indoctrination and the child own contribution to the vilification of the rejected parent.

Objectives: To determine the prevalence of certain manifestations described in PAS, parental rejection (PR) and allegations of sexual or child abuse towards a parent (Allegations) in pediatrics emergencies and to evaluate their relationship with conflicting divorces.

Patients and method: We retrospectively studied the files of children who went to a pediatric emergency department at our tertiary hospital in a period of 3 years with a miscellany of psychiatric and psychosocial diagnoses at discharge. The correlation between the variables PR and Allegations has been checked with divorce and concurrence of conflict.

Results: 357 children were included. The prevalence of PR was 9% and 11% for Allegations. In both situations the diagnoses at discharge were analyzed and a strong relationship with the situation of conflicting divorce was confirmed. Logistic regression PR/conflict: OR= 5.6 (95% CI: 2-18; $p < 0.002$), and Allegations/conflict: OR= 12 (95% CI: 4-43; $p < 0.001$).

Conclusions: Our study shows a non-negligible PR and Allegations prevalence and their strong correlation with conflicting divorces. These results entail that pediatrician must be aware of the possibility of PAS in order to require a psychosocial evaluation and to avoid to become an innocent accomplice of this form of abuse.

©2019 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Parental alienation syndrome, parental alienation, child psychological abuse, children of high conflict divorce

Fecha de recepción: 21/12/18. Fecha de aceptación: 4/03/19.

Correspondencia: P. Calero Navarro. Sección de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Avda. de Fernando Abril Martorell, 106. 46026 Valencia. Correo electrónico: calero_pur@gva.es

Introducción

El número creciente de divorcios en nuestra sociedad incrementa los casos contenciosos, estimándose que en un 10-15% subyace un alto nivel de conflicto¹. Está demostrado que los conflictos interparentales intensos y mantenidos en el tiempo pueden producir o exacerbar una disfunción psicoemocional o somática, así como trastornos de conducta, en los hijos expuestos, por lo que constituyen un factor de riesgo psicosocial². Dentro de los problemas relacionales que puede generar el divorcio conflictivo es poco conocido entre los pediatras el síndrome de alienación parental (SAP), proceso en el que el menor es manipulado por un progenitor hasta conseguir que rechace al otro injustificadamente, como resultado de una campaña de desprestigio que, aunque iniciada por el progenitor alienador o preferido, el menor interioriza como propia hasta contribuir de forma autónoma al rechazo³. Al mismo tiempo, este establece una dependencia patológica con el progenitor preferido, que satisface así sus necesidades emocionales, lo cual afectará enormemente a su desarrollo y salud psicoemocional a corto y largo plazo⁴. En casos graves, algunos niños llegan a experimentar una ansiedad fóbica ante la presencia del progenitor rechazado o en anticipación a esta. El SAP se ha descrito como un tipo de maltrato psicológico infantil (MPI); sus estrategias sutiles, su apoyo en creencias socialmente aceptadas y su desarrollo en la intimidad del hogar hacen muy difícil su detección y abordaje^{5,6}.

El psiquiatra Richard Gardner fue el primero en definir en 1985 el concepto de SAP⁷. Describió los procesos de interferencia parental que venía observando en su práctica forense, incluido el uso de denuncias falsas de abusos sexuales como estrategia de obstrucción. Gardner especifica una serie de síntomas primarios que aparecen en los hijos afectados por el SAP (tabla 1) y estructura el proceso en 3 niveles de gravedad, siempre habiéndose descartado la posibilidad real de un comportamiento del progenitor rechazado que justificara este rechazo, como maltrato o negligencia. Desde entonces, numerosos autores han ahondado en el estudio del SAP, introduciendo el término más genérico de alienación parental (AP), en el que, a diferencia del SAP, el rechazo no siempre (aunque sí frecuentemente) implica adoctrinamiento por parte del progenitor preferido y en el que pueden o no concurrir los síntomas descritos originariamente por Gardner⁸.

Actualmente el SAP/AP no está incluido como tal término en el Manual de Diagnósticos de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5)⁹, pero dos de sus autores explican los motivos y aclaran que la AP debe ser incluida en la nueva condición «niño afectado por relación parental conflictiva», dentro del capítulo de los problemas relacionales. Además, recomiendan utilizar el diagnóstico de «maltrato psicológico infantil» (V995.51) respecto al progenitor que causa la AP del niño a través de manipulación y «problema de relación progenitor-hijo» (V61.20) respecto al deterioro de la relación con el progenitor rechazado¹. Por otro lado, el buscador de la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades

TABLA 1

Criterios de identificación del síndrome de alienación parental (R. Gardner)⁷

Criterios de identificación de un niño alienado

1. Campaña de injurias y desaprobación hacia el padre alienado, que se manifiesta verbalmente y en actos
2. Justificaciones débiles o absurdas para el desprecio
3. Ausencia de ambivalencia en los sentimientos de odio
4. Autonomía de pensamiento: el niño afirma que la decisión del rechazo y su conducta es suya propia, sin influencias
5. Apoyo incondicional al padre alienador
6. Ausencia de sentimientos de culpabilidad ante el desprecio
7. Escenarios prestados: el niño usa terminología y temas propios del progenitor alienador, cuenta hechos relatados como vividos
8. Extensión del rechazo al entorno del progenitor alienado (familia, pareja, amigos)

(CIE-11) ya reconoce la «Alienación Parental» y nos lleva al diagnóstico de «problema en la relación niño-cuidador» (QE 52.0), tras incorporar la evidencia científica aportada⁸. La Academia Americana de Pediatría publicó en 2016 una guía de ayuda para los clínicos ante las situaciones familiares de ruptura conyugal¹⁰. En ella se menciona la AP como un proceso que causa angustia en el niño y la necesidad de una implicación profesional para corregir los efectos negativos que produce tanto en el niño como en el progenitor rechazado.

En la literatura española encontramos libros de psicología que han difundido el concepto de SAP en los últimos años^{3,11,12} y estudios científicos realizados por psicólogos forenses que ratifican los síntomas primarios de SAP descritos por Gardner y su especificación como una forma de MPI¹³. Cartié et al.¹⁴ diagnostican SAP en el 10% de la población atendida por ellos en los juzgados de familia, y en estos casos aprecian una obstaculización directa de la relación parentofamiliar por parte del progenitor preferido en el 61,4% de las familias, produciéndose acusaciones de maltrato físico en el 14,5% de los casos, de maltrato psicológico en el 8,4% y de abuso sexual en el 10,8%; no se producen visitas al progenitor rechazado en el 72,3% de los casos, y existen dificultades en el resto. Vilalta¹⁵ aprecia ciertas correlaciones significativas entre criterios de SAP e interrupción de visitas y la predicción de que el alienante recluta a varios profesionales, entre ellos médicos, para que le avalen documentalmente, recurriendo reiteradamente a los juzgados. Sin embargo, no hemos encontrado estudios poblacionales que hagan referencia al SAP en las publicaciones de pediatría.

El pediatra se enfrenta a la atención de niños con problemática psicosocial en contextos de divorcio conflictivo, casos muy complejos que pueden incluir manifestaciones o estrategias obstructivas del SAP, como el rechazo del menor a relacionarse con uno de sus progenitores (RP) o las acusaciones de abusos sexuales, maltrato o agresión del menor por parte de un progenitor hacia el otro (Acusaciones), cuya detección y confirmación diagnóstica por los profesionales competen-

tes se tendría que potenciar para minimizar el daño psicológico producido a los niños.

Objetivos

1. Estudiar la prevalencia de RP y Acusaciones en un grupo de pacientes atendidos en las urgencias de un hospital terciario con una miscelánea de diagnósticos psiquiátricos y/o de índole psicosocial al alta.
2. Valorar la relación de RP y Acusaciones con la ruptura conyugal y la concurrencia de conflicto.

Como objetivo secundario se determinó analizar la cumplimentación del parte oficial de atención sociosanitaria infantil y del parte de lesiones judicial, en los casos en que fuese oportuno.

Métodos

El estudio es descriptivo transversal. Se revisaron retrospectivamente las historias de los niños de hasta 15 años de edad atendidos en el servicio de urgencias pediátricas de nuestro hospital (tercer nivel asistencial) entre mayo de 2014 y 2017 con los diagnósticos al alta de agresión, abuso o agresión sexual (o sospecha de), maltrato (o sospecha de), crisis de ansiedad o ansiedad, agitación, intento de suicidio/autolisis y otros problemas psicosociales, que incluyen los siguientes: niño afectado de relación parental conflictiva, conflicto interparental, problema social, psicosocial o sociofamiliar. Estos diagnósticos se eligieron porque, por la experiencia de los investigadores, son los que implican la problemática psicosocial objeto de este estudio en urgencias.

TABLA 2

Descriptivo de las variables estudiadas por diagnósticos al alta de urgencias

Variable	Agitación (n= 14)	Agresión (n= 44)	Ansiedad (n= 219)	A.sex (n= 38)	Autolisis (n= 17)	Maltrato (n= 18)	Psicosocial (n= 7)
Edad							
Media (DE)	11,3 (2,6)	10,3 (3,8)	11,3 (2,2)	8,9 (4,1)	12,6 (1,8)	4,8 (4)	5,5 (4,3)
Mediana (RI)	12,5 (10,1)	11,5 (8,13)	12 (10,13)	10 (5,13)	13 (12,14)	4 (1,7)	6 (2,9)
Sexo							
Mujer	10 (71,4%)	11 (25%)	134 (61,1%)	31 (81,5%)	14 (82,3%)	5 (27,7%)	2 (28,5%)
Varón	4 (28,5%)	33 (75%)	85 (38,8%)	7 (18,4%)	3 (17,6%)	13 (72,2%)	5 (71,4%)
RP							
No	10 (71,4%)	37 (84%)	206 (94%)	29 (76,3%)	13 (76,4%)	10 (55,5%)	4 (57,1%)
Sí	3 (21,4%)	4 (9%)	11 (5%)	4 (10,5%)	3 (17,6%)	4 (22,2%)	3 (42,8%)
ND	1 (7,1%)	3 (6,8%)	2 (0,9%)	5 (13,1%)	1 (5,8%)	4 (22,2%)	0 (0%)
Acusación							
No	12 (85,7%)	33 (75%)	214 (97,7%)	29 (76,3%)	16 (94,1%)	8 (44,4%)	4 (57,1%)
Sí	2 (14,3%)	9 (20,4%)	5 (2,2%)	9 (23,6%)	1 (5,8%)	10 (55,5%)	3 (42,8%)
ND	0 (0%)	2 (4,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Divorcio							
No	0 (0%)	10 (22,7%)	27 (12,3%)	8 (21%)	3 (17,6%)	2 (11,1%)	0 (0%)
Sí	5 (35,7%)	12 (27,2%)	32 (14,6%)	10 (26,3%)	10 (58,8%)	8 (44,4%)	6 (85,7%)
ND	9 (64,2%)	22 (50%)	160(73%)	20 (52,6%)	4 (23,5%)	8 (44,4%)	1 (14,3%)
Conflicto							
No	0 (0%)	11 (25%)	20 (9,1%)	6 (15,7%)	6 (35,2%)	2 (11,1%)	0 (0%)
Sí	4 (28,5%)	7 (15,9%)	17 (7,7%)	9 (23,6%)	3 (17,6%)	8 (44,4%)	6 (85,7%)
ND	10 (71,4%)	26 (59%)	182(83,1%)	23 (60,5%)	8 (47%)	8 (44,4%)	1 (14,3%)
Parte de lesiones							
Sí	0 (0%)	17 (38,6%)	1 (0,4%)	29 (76,3%)	1 (5,8%)	13 (72,2%)	1 (14,3%)
Doc.ss							
Sí	1 (7,1%)	9 (20,4%)	2 (0,9%)	20 (52,6%)	0 (0%)	15 (83,3%)	4 (57,1%)

A.sex: abuso/agresión sexual; DE: desviación estándar; Doc.ss: documento de atención sociosanitaria; ND: datos no disponibles; RI: rango intercuartílico; RP: rechazo parental.

Se excluyeron los diagnósticos al alta de «ansiedad familiar» exclusiva y todos los pacientes con patología psiquiátrica o neurológica de base conocida, como trastorno del espectro autista, psicosis, retraso mental o trastorno de conducta. Las visitas repetidas por alguno de los pacientes se unificaron tomando el primer contacto, si los diagnósticos fueron iguales, y si no lo fueron, se eligió el contacto con el diagnóstico más significativo, dando prioridad a los de abuso sexual/maltrato/intento de autolisis/agresión/problema psicosocial sobre ansiedad/agitación.

Se recogieron de las historias clínicas (sin protocolizar) los datos de edad (en años) y sexo, y las variables cualitativas RP, Acusación, separación o divorcio de los padres y si constaba algún supuesto de conflicto. Su presencia tenía que estar reflejada en la historia, y su ausencia se podía interpretar a partir de datos indirectos, como la negativa de problemas familiares en general.

Definiciones

El RP es la negativa del menor a relacionarse o a convivir con uno de los progenitores expresada por él mismo o por quien lo acompaña.

Las acusaciones de abuso, maltrato o agresión al menor son las formuladas por uno de los progenitores o el mismo menor hacia el otro progenitor.

Consideramos «conflicto» cuando existía al menos uno de los siguientes supuestos: divorcio contencioso, litigio de custodia o violencia interparental referida.

En los casos de Acusación se analizaron las lesiones físicas detectadas si las hubiese. En el momento del estudio, tanto el documento de atención sociosanitaria infantil oficial de la Conselleria de Sanitat como el parte de lesiones judicial tenían un soporte en papel, sin estar incluidos en la historia clínica electrónica, por lo que su cumplimentación se constató por la referencia de haberlo remitido en el contacto revisado, y en los que no, en caso del documento de desprotección, se comprobó individualmente su ausencia a través del registro de la trabajadora social en la historia clínica y, respecto del parte de lesiones, a través del registro hospitalario de los partes judiciales enviados, proporcionado por el Servicio de Documentación Clínica.

Este estudio fue aprobado por el comité de ética de nuestro hospital.

Métodos estadísticos

En el análisis basal se valoraron las medidas de tendencia central (media aritmética y mediana) y de dispersión (desviación estándar [DE] y rango intercuartílico [RI]) para las variables cuantitativas. Las variables categóricas se describieron con su incidencia absoluta y relativa. Se usó el paquete estadístico R (versión 3.4.0). Para encontrar asociaciones entre el RP y la Acusación con el resto de las variables se realizó un análisis de regresión logística, excluyendo los casos en que no se hubiera

TABLA 3

Diagnósticos de los casos detectados de rechazo parental (RP) y acusación al otro progenitor de abusos sexuales, agresión o maltrato hacia el menor (Acusación)

Variable	RP (n= 32)	Acusación (n= 39)
	n (%)	n (%)
Diagnóstico		
Agitación	3 (9,3)	2 (5,1)
Agresión	4 (12,5)	9 (23)
Ansiedad	11 (34,3)	5 (12,8)
Abuso sexual	4 (12,5)	9 (23)
Intento de autolisis	3 (9,3)	1 (2,5)
Maltrato	4 (12,5%)	10 (25,6%)
Psicosocial	3 (9,3%)	3 (7,6%)

TABLA 4

Variables de divorcio y conflicto en el grupo de rechazos parentales (RP) y en el grupo de Acusación

Variable	RP (n= 32)	Acusación (n= 39)
	n (%)	n (%)
Divorcio		
Sí	27 (84,3)	32 (82)
No	0 (0)	1 (2,5)
ND	5 (15,6)	6 (15,3)
Conflicto		
Sí	21 (65,6)	29 (74,3)
No	5 (15,6)	4 (10,2)
ND	6 (18,7)	6 (15,3)

ND: datos no disponibles en la historia revisada.

podido constatar el dato. Se tomaron como significativos unos valores de $p < 0,05$. En caso de problema de separación perfecto (valores 0 o cercanos al 0), se hizo la regresión logística con penalización de Firth.

Resultados

En el periodo del estudio se atendieron 134.903 urgencias de pediatría general en el Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Los diagnósticos estudiados en este trabajo supusieron 469 contactos, de los que se excluyeron 84 por cumplir alguno de los criterios de exclusión acordados. De los 385 contactos resultantes fueron excluidas las reconsultas, quedando una cohorte final de 357 pacientes. La prevalencia de este conglomerado de diagnósticos en el servicio de urgencias pediátricas del mencionado hospital fue de un 0,28% durante el periodo estudiado.

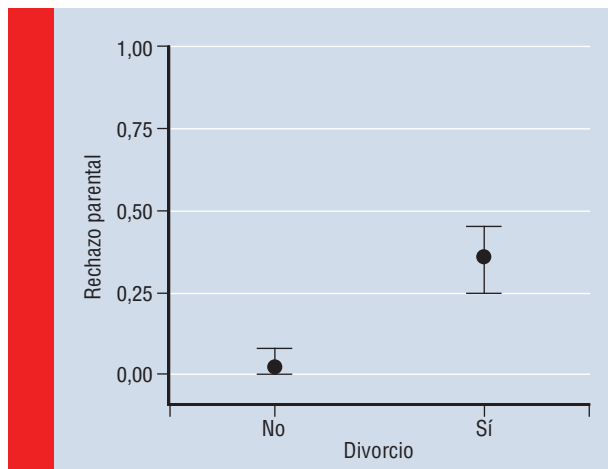


Figura 1. Gráfica de efectos parciales de divorcio sobre rechazo parental (RP). En el eje Y se representa la probabilidad de RP en función de si hay divorcio o no

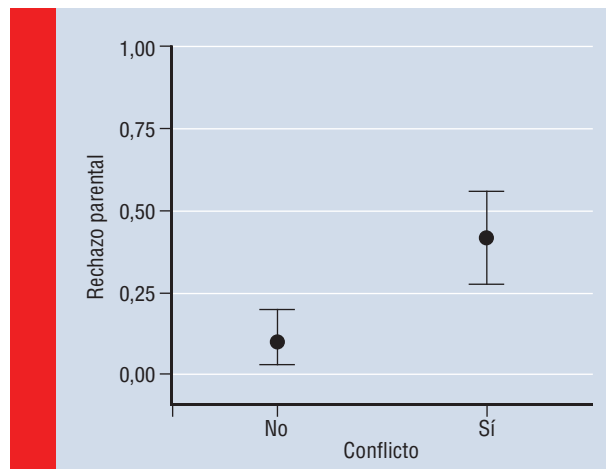


Figura 3. Gráfica de efectos parciales de conflicto sobre rechazo parental (RP). En el eje Y se representa la probabilidad de RP en función de si hay conflicto o no

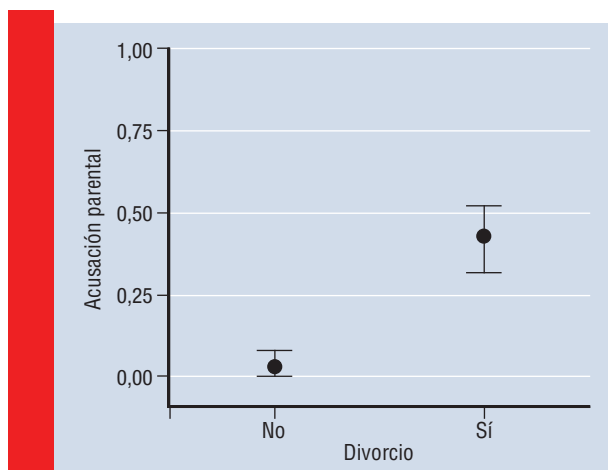


Figura 2. Gráfica de efectos parciales de divorcio sobre acusación de abuso sexual o maltrato hacia el niño del otro progenitor (Acusación). En el eje Y se representa la probabilidad de Acusación en función de si hay divorcio o no

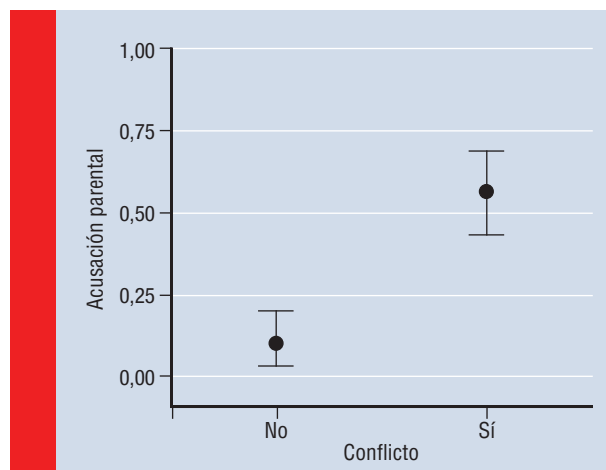


Figura 4. Gráfica de efectos parciales de conflicto sobre acusación de abuso sexual o maltrato hacia el niño del otro progenitor (Acusación). En el eje Y se representa la probabilidad de Acusación en función de si hay conflicto o no

La media de edad del grupo era de 10,5 años (DE= 3,3), con una mediana de 11 (RI: 9-13), y 207 eran mujeres (57,9%).

En la tabla 2 se muestran las características de la población por grupos de diagnóstico, así como la presencia o ausencia de las variables estudiadas.

En nuestro estudio, la prevalencia de RP ha sido del 9% (n= 32) y la de Acusaciones del 11% (n= 39), con los diagnósticos reflejados en la tabla 3.

La media edad de los niños en el grupo de RP fue de 9,6 años (DE= 3,2), con una mediana de 10 (RI: 8-12), mientras que la de los niños en el grupo de las Acusaciones fue 6,9 (DE= 4), y la mediana de 7 (RI: 3-11), significativamente menor que el resto

(p < 0,001). Respecto al sexo, eran mujeres el 46,8% del grupo RP y el 51,2% del grupo de Acusaciones.

En la tabla 4 se muestra la frecuencia de divorcio y conflicto en los grupos de pacientes con RP y con Acusaciones.

Se realizó un análisis de las lesiones físicas en los casos de Acusaciones, detectándose lesiones en el 50% de los diagnósticos de maltrato y en el 66,6% de las agresiones (contusiones, rasguños o hematomas leves). En el grupo Acusaciones con el diagnóstico al alta de urgencias de abuso sexual, no se encontraron lesiones excepto 1 himen rasgado (en una adolescente que relató la agresión) y 1 vulvovaginitis inespecífica.

Estadísticamente se llevó a cabo una regresión logística con penalización de Firth para relacionar RP y divorcio: *Odds ratio* [OR] de 27 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 7-150; $p < 0,0001$) (figura 1). También se empleó este método para relacionar Acusación y divorcio: OR= 21 (IC del 95%: 5-130; $p < 0,001$) (figura 2). Para relacionar RP y Acusación con la variable «conflicto» se utilizó la regresión logística habitual, y en ambos casos existía una contundente significación estadística: OR= 5,6 (IC del 95%: 2-18; $p < 0,002$) para RP/conflicto (figura 3) y OR= 12 (IC del 95%: 4-43; $p < 0,001$) para Acusación/conflicto (figura 4).

La cumplimentación del parte de atención sociosanitaria infantil y el parte de lesiones judicial por grupos de diagnóstico se recoge en la tabla 2. El parte de atención sociosanitaria se emitió en el 43,7% de los RP y en el 59% de las Acusaciones, y el parte de lesiones se realizó en el 28% de los RP y en el 61,5% de las Acusaciones.

Discusión

Según nuestro conocimiento, el presente trabajo es el primero en el ámbito de las publicaciones pediátricas que intenta aproximarse a procesos que se generan en el contexto de rupturas conyugales, especialmente en los que uno de los progenitores instrumentaliza al hijo en contra del otro, generando un conflicto con graves repercusiones en la salud psicoemocional de los menores a corto y largo plazo¹⁶.

La prevalencia obtenida de RP y de Acusaciones en los pacientes que consultan en urgencias por síntomas psiquiátricos o de carácter psicosocial se sitúa en torno al 10%, lo cual es relevante, máxime conociendo las consecuencias vitales que estas situaciones generan. Cerca del 50% de los RP coexisten con ansiedad/agitación y el 9% con intento de autolisis.

Asimismo, se ha demostrado que el RP y las Acusaciones son más frecuentes en contextos de divorcio (27 y 21 veces, respectivamente) y también se correlacionan significativamente con la variable «conflicto». Esto es algo ya conocido por los psicólogos que incluyen el RP en la descripción del concepto de divorcio altamente conflictivo¹. En estudios realizados en el entorno forense judicial, el RP con ausencia o dificultad de las visitas a uno de los progenitores se correlaciona con la existencia de SAP^{14,15}. En la serie de Cartié et al.¹⁴, en el 34% de las familias en las que se diagnostica SAP se encuentran acusaciones de algún tipo de maltrato. Una denuncia de maltrato/abuso sexual va a tener consecuencias inmediatas sobre el progenitor acusado y la relación con su hijo, puesto que, en la mayoría de los casos, se tomarán medidas cautelares de suspensión de custodia o disminución de visitas que serán supervisadas o tuteladas, mientras se realiza la investigación judicial que se prolonga en el tiempo. Por otro lado, el tiempo sin contacto con el progenitor es un factor fundamental en el desarrollo del SAP, puesto que lo empeora¹⁵. Este fenómeno, que Ross y Blush¹⁷ acuñaron como «síndrome de acusaciones se-

xuales infundadas durante el divorcio», contrasta con el conocimiento de que el abuso sexual infantil es uno de los maltratos más sumergidos y prevalentes, normalmente sin lesiones físicas, pero con graves secuelas psicológicas para el individuo que los padece¹⁸ y, obviamente, también podría aflorar en situaciones de divorcio.

El pediatra debe estar sensibilizado y, al igual que se forma para detectar indicios del maltrato físico infantil, tiene que conocer que la AP existe y que no todo progenitor rechazado tiene una conducta que lo justifica ni toda Acusación en estos contextos se sustenta por la realidad, de tal forma que, abocado a la incertidumbre, reclame en el corto plazo un diagnóstico diferencial a quien corresponda (psicólogos/psiquiatras)¹⁹ y no participe de manera inconsciente en las tácticas obstaculizadoras de visitas, lo cual supondría colaborar en un MPI¹⁵.

En este estudio, en el 53% de RP hay también Acusaciones, y un 37,5% son diagnosticados de abuso sexual/maltrato o agresión. Es en estos casos donde es especialmente urgente realizar un diagnóstico certero, ya que el RP con motivo justificado excluye el SAP. Por otro lado, hay que tener presente que el progenitor alienante suele recurrir a profesionales para que lo avalen mediante informes de salud que presentará en los juzgados¹⁵. Es significativo que en el 72% de los casos con Acusación, el progenitor obtiene un informe al alta que afianza su denuncia (un 48% por abusos sexuales y maltrato [o sospecha de], y un 23% por agresión), lo que contrasta con las lesiones acreditadas, todas leves, y sólo en la mitad de los diagnósticos de maltrato y en dos tercios de las agresiones. Estos resultados nos inducen a pensar que estamos utilizando diagnósticos de gran trascendencia basándonos únicamente en lo relatado por la persona que acompaña al niño. Tal vez por esta ausencia de lesiones en un grupo significativo de niños hay cumplimentados menos partes judiciales de lo esperable. Respecto a los diagnósticos de sospecha/abusos sexuales en los casos de Acusación, sólo en uno se constata un himen rasgado en una adolescente que relató la agresión; en el resto se desconoce el motivo por el que se realizó el diagnóstico.

Este estudio tiene varias limitaciones que cabe mencionar. La selección de historias ha sido por diagnósticos al alta de urgencias, los cuales no están en absoluto confirmados: pueden ser sospechas e incluso estar influenciados por la manipulación de la persona que acompaña al menor. Además, es muy probable que en los casos tanto de RP referido como en los de Acusaciones, en los que se aprecia normalidad física, conductual y emocional del menor en el momento de la atención, se hayan dado de alta con otros diagnósticos no incluidos en este estudio como «patología no objetivable», por lo que podrían existir más casos de ambos supuestos. Otra cuestión importante, debido a que es un estudio retrospectivo, es que los datos estudiados no aparecían recogidos en todas las historias. El dato básico de divorcio no consta en 5 de 32 RP ni en 6 de 39 Acusaciones. Nos hemos encontrado con una situación parecida respecto a la variable «conflicto». Es evidente la necesidad de instrucción de los pediatras y de protocolización de

la anamnesis en los problemas de ámbito psicosocial, máxime cuando nuestros informes pueden ser utilizados en los juzgados de familia e incluso penales.

Respecto al diagnóstico, hallamos muy poco uso de la nueva categoría del DSM-5 correspondiente a «niño afectado por relación parental conflictiva» (V61.29)¹, tan sólo incluido en un caso en el grupo diagnóstico «problema psicosocial». Es decir, este diagnóstico, que incluiría a todos los niños con disfunción cognitiva, emocional o comportamental derivada de la conflictividad familiar (como un RP inductor de ansiedad, entre otros), es un gran desconocido y, sin embargo, de gran utilidad para el pediatra.

Así pues, debemos abordar el RP y las Acusaciones en contextos de divorcio con absoluta neutralidad, evitando posicionamientos y reconociendo en estos un factor de riesgo psicosocial para notificar en el documento de atención sociosanitaria infantil que, en la Comunidad Valenciana, incluye el ítem «Utilización del menor de manera inapropiada en los procesos de separación de la pareja» dentro de los factores de riesgo familiares²⁰. En este estudio sólo en el 43,7% de los RP y en el 59% de las Acusaciones se emitió este documento, lo cual abunda en la necesidad de concienciación para su notificación.

A partir de estas conclusiones consideramos necesaria la realización de estudios longitudinales multidisciplinares que incluyan la atención primaria y las intervenciones de los servicios sociales, valorando la posibilidad de realizar una prevención del proceso de AP, desde el destierro de la visión del mismo como una cuestión circunscrita al ámbito de los juzgados de familia, puesto que no es un mero problema de custodia, sino una auténtica forma de maltrato. ■

Bibliografía

1. Capdevila C. La coordinación de coparentalidad. Una intervención especializada para familias en alta situación de conflictividad crónica post ruptura de pareja. *Anuario de Psicología*. 2016; 46: 41-49.
2. Bernet W, Wamboldt MZ, Narrow WE. Child affected by parental relationship distress. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 55(7): 571-579.
3. Aguilar JM. Síndrome de alienación parental: hijos manipulados por un cónyuge para odiar al otro, 5.ª ed. Córdoba: Almuzara, 2013.
4. Baker AJL. The long term effects of parental alienation on adult children: a qualitative research study. *Am J Fam Ther*. 2005; 33: 289-302.
5. Segura C, Gil MJ, Sepúlveda MA. El síndrome de alienación parental: una forma de maltrato infantil. *Cuad Med Forense*. 2006; 12(43-44): 117-128.
6. Linares JL. Prácticas alienadoras familiares. Barcelona: Gedisa, 2015.
7. Gardner RA. Recent trends in divorce and custody litigation. *Academy Forum*. 1985; 29(2): 3-7.
8. Bernet W, Boch-Galhau WV, Baker AJL, Morrison SL. Parental alienation, DSM-V and ICD-11. *Am J Fam Ther*. 2010; 38: 76-187.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5.ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
10. Cohen GJ, Weitzman CC; AAP committee on psychosocial aspects of child and family health, section on developmental and behavioral pediatrics. Helping children and families deal with divorce and separation. *Pediatrics*. 2016; 138(6): e20163020.
11. Tejedor Huerta MA. El síndrome de alienación parental. Una forma de maltrato, 2.ª ed. Madrid: EOS, 2015.
12. Luengo D, Coca A. Hijos manipulados tras la separación. Barcelona: Viena Ediciones, 2007.
13. Bolaños I. El síndrome de alienación parental: descripción y abordajes psicolegales. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 2002; 2(3): 25-45.
14. Cartié M, Casany R, Domínguez R, Gamero M, García C, González M, et al. Análisis descriptivo de las características asociadas al síndrome de alienación parental. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 2005; 5: 5-29.
15. Vilalta RJ. Descripción del síndrome de alienación parental en una muestra forense. *Psicothema*. 2011; 23(4): 636-664.
16. Von Boch-Galhau. Parental alienation (syndrome). A serious form of psychological child abuse. *Ment Health Fam Med*. 2018; 14: 725-739.
17. Ross K, Blush G. Sexual abuse discriminators in the divorced or divorcing family. *Issues in Child Abuse Accusations*. 1990; 2(1): 1-6.
18. Jiménez MT, Aragón J, Hurtado F, Loño J. Abuso sexual infantil: desafío multidisciplinar. Un abordaje integral del problema para mejorar su detección y la atención a la víctima. *Acta Pediatr Esp*. 2013; 71(10): e302-e314.
19. Casals E. Abuso sexual o maltrato vs manipulación parental. Valencia: Tirant lo Blanch, 2013.
20. Diario Oficial de la Comunidad Valenciana (6/7/2016); 7822: 18.567-18.568.