



Aspectos médico legales en pediatría

Mariano Casado Blanco.

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Legal y Forense. Médico Forense, Jefe de Servicio de Laboratorio Forense. Instituto de Medicina Legal de Badajoz. Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Medicina UEX (Badajoz).

Introducción:

Agradezco enormemente a los organizadores del 15º Foro de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura el invitarme a poder compartir con todos los asistentes una serie de cuestiones de tipo práctico, que tantas dudas y conflictos generan en el día a día de la actividad asistencial.

Y lo agradezco doblemente, por una parte por invitarme a participar de una forma personal, pero quizás lo más importante de esta invitación sea el que el colectivo de pediatras de Atención Primaria consideren que los temas legales son de interés para su desarrollo profesional y su actividad cotidiana.

Y esto sobre todo teniendo en cuenta que en la participación del pediatra ante cualquier caso que se le plantee, siempre ha de hacer una triple valoración:

- Valoración clínica, con aplicación de sus conocimientos científicos y aplicación de los medios que tenga a sus disposición.

- Valoración ética y deontológica, aplicando reglas de comportamiento que tengan por objetivo el cumplimiento, que como médico tiene, de beneficiar al paciente.

- Valoración médico-legal, la cual resulta importantísima y no porque la ponga en tercer lugar es porque tenga menor importancia y trascendencia.

Si piensan un poco en lo que indico, estarán conmigo en que es cierto lo que les expongo, recapaciten en el último caso y a buen seguro se les han planteado dudas o preguntas acerca de si lo que han hecho estaba bien o quizás se podrían haber hecho otras cosas distintas o similares, pero al final han tenido que tomar decisiones, que en definitiva es el papel del pediatra: "tomar decisiones".

Y para tomar estas decisiones, estas deben estar basadas en el conocimiento de las tres valoraciones anteriormente indicadas.

Objetivos:

En esta ocasión y tratando de que la Ponencia sea lo más beneficiosa y productiva para los asistentes, se me han formulado una serie de cuestiones, muy prácticas acerca de casos que se presentan con cierta frecuencia en la consulta de un Pediatra de Atención Primaria.

Por ello y aunque la exposición teórica tenga que ser extensa -para poder estar fundamentada- espero que esto sirva para aclarar las cuestiones planteadas y de paso abrir a la opción de plantear nuevas cuestiones prácticas.

1ª.- Cuestión Práctica:

Confidencialidad e intimidad de las historias clínicas en relación con las nuevas tecnologías.

Cuando se hace referencia al derecho a la intimidad, hay que tener muy presente que este derecho es tratado o considerado como un derecho de primera generación, lo que en términos legales implica o significa que están instaurados para reconocer y garantizar al individuo una zona de seguridad y protección en la que nadie puede hacer intromisiones. Por tanto el derecho a la intimidad está íntimamente relacionado y es una evidente manifestación de la libertad de la persona y de su dignidad y así quedó recogido en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) que reconoce el derecho a la intimidad en su art. 12: "*Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su*



reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques”.

Por su parte, el Consejo de Europa el Convenio Europeo de Derechos Humanos (1950), en su art. 8.1 y 8.2 en referencia al “Derecho al respeto a la vida privada y familiar” indica: *“Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia”* y *“No podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho, sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás”.*

Lo anterior implica, en palabras del Tribunal Constitucional que se garantice a la persona del poder de control sobre sus datos personales, sobre su uso y destino, con el propósito de impedir su tráfico ilícito y lesivo para la dignidad y derecho del afectado. Así, el derecho a la intimidad permite excluir ciertos datos de una persona del conocimiento ajeno, por esta razón, el derecho a la protección de datos garantiza a los individuos un poder de disposición sobre estos datos. Esta garantía impone a los poderes públicos la prohibición de que se conviertan en fuentes de información sin las debidas garantías y también el deber de prevenir los riesgos que puedan derivarse del acceso o divulgación indebidos de dicha información.

En España antes de la Constitución del año 1978 no se reconocía un derecho general a la intimidad, únicamente aparecían manifestaciones específicas del mismo. En el art. 18. 1 de la CE se establece que: *“Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen”* no tiene precedentes en nuestro constitucionalismo histórico en el que únicamente hay referencias a la inviolabilidad del domicilio y de la correspondencia. Así en las constituciones anteriores a la de 1978 no se reconocía un derecho general a la intimidad, sino sólo manifestaciones específicas del mismo.

Todo lo anterior está muy bien y es muy correcto, pero los derechos fundamentales no valen sino

lo que valen sus garantías, en expresión del jurista Herbert Lionel Adolphus Hart.

Así tanto nuestra Constitución como la propia Ley Orgánica de Protección Civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar recogen la protección del derecho a la intimidad respecto de intromisiones ilegítimas de terceros.

Hecha esta introducción la cuestión a resolver es la que hace mención al acceso a los datos de la historia clínica, no de los pacientes pediátricos, sino la historia de sus padres o familiares con el objetivo de poder determinar o conocer algunos antecedentes que por diversas razones precisamos saber.

Aquí habría que plantearse algo diferente y aunque es incuestionable que existe un derecho a la intimidad, señalado en las normativas referidas anteriormente y respetado en la práctica clínica diaria en términos generales. Pero nos podemos plantear si ¿existe, también, un derecho a la confidencialidad? Intimidad, privacidad y confidencialidad son conceptos fronterizos, muy próximos pero perfectamente diferenciables. En realidad, a veces, más fáciles de enunciar que de definir.

Cuando se hace referencia a la historia clínica, se confunde, a veces, las violaciones a la intimidad con los accesos indebidos a la confidencialidad, siendo, sin embargo, claramente diferentes: si alguien accede, fuera de las condiciones de autorización, a un archivo sanitario está cometiendo una violación de la intimidad (respecto del titular de la información) y el centro sanitario en donde reside el archivo incurre en un quebrantamiento del deber de confidencialidad por custodia deficiente.

A éste respecto hay que recordar que los datos de salud y la historia clínica son elementos necesarios que permiten garantizar la asistencia médico-sanitaria de las personas, y, por tanto, tienen una enorme importancia.

Los datos ahí recogidos y su correcta conservación son en definitiva elementos necesarios para poder hacer o llevar un seguimiento del estado de salud de las personas. La eliminación o desaparición de datos



de la historia clínica puede conllevar a causar una grave afectación incluso de la vida de las personas. Desde hace ya algunos años la implantación e instalación de las tecnologías de la información y la comunicación han resultado ser un instrumento muy efectivo para la actividad médico-sanitaria que se ve reflejada en la mejora de la calidad asistencial de los pacientes.

Estos sistemas permiten, por una parte, poner a disposición de cada ciudadano sus datos sanitarios, y por otra poner a disposición de los profesionales sanitarios, con distintos niveles de acceso, información sanitaria sobre sus pacientes, contribuyendo a facilitar una atención sanitaria de mayor calidad.

Ahora bien no todo son ni pueden ser ventajas, pues en ocasiones la intimidad y la confidencialidad de la información clínica de los pacientes puede estar en peligro si no se adecúan correctamente las nuevas y necesarias tecnologías, dada la forma en que se está produciendo el tratamiento de los datos de los distintos archivos e historiales médicos, ya sean manuales o informatizados, en los centros sanitarios.

En España, el Tribunal Constitucional defiende la llamada “libertad informática” como el derecho a controlar el uso de los datos personales insertos en un programa informático y comprende, entre otros aspectos, la oposición del ciudadano a que determinados datos personales sean utilizados para fines distintos de aquel legítimo que justificó su obtención. Por tanto, cuando un paciente confía una serie de datos a su médico para que le prevenga o le cure una enfermedad no significa que estos datos puedan ser utilizados por cualquier otra persona o para otro fin distinto del tratamiento y prevención.

Con todo ello se puede afirmar, en líneas generales, que quienes ejercen su actividad en el medio asistencial están autorizados para acceder a las historias clínicas. Pero aunque esto es así, nos podemos plantear si: ¿cualquier profesional, a cualquier historia y con cualquier finalidad?

Ahora bien, como todo tiene sus límites, el hecho de desempeñar una profesión sanitaria, y la Medicina es una de ellas, en un centro sanitario, no concede

a dicho profesional la facultad de acceder a cualquier historia, sino solamente a aquellas que se encuentren vinculadas al profesional por tratarse de pacientes a los que presta asistencia. Otra cuestión muy diferente es si el acceso está orientado a examinar datos, modificarlos, cancelarlos o realizar alguna otra operación sobre ellos. El principio citado alcanza su concreción en el artículo 27.3 del Código de Deontología Médica de 2011.

El entendimiento por los profesionales de su posibilidad de acceso a las historias clínicas no coincide siempre, sin embargo, con sus posibilidades legales, como se expondrá más adelante. Se confunde la posibilidad real de acceder con el respaldo legal (o al menos la inexistencia de impedimento) a dicho acceso. Esa percepción está muy enraizada por el anterior uso de la historia en formato no informatizado, a disposición de los profesionales sanitarios mediante el acceso físico a la misma en un archivo y sin rastro posterior, normalmente, del citado acceso. La situación es, actualmente, bien distinta bajo las condiciones actuales de trazabilidad, huella electrónica y otros controles a los que están sometidos quienes acceden a la documentación clínica. El Código Penal, en el artículo 197, tipifica varias conductas punibles bajo la rúbrica de ‘Delito de descubrimiento y revelación de secretos’. Es muy fácil incurrir en una de ellas, por los profesionales sanitarios en el ejercicio de su trabajo y las consecuencias jurídicas son muy graves por el mero acceso, sin estar autorizado, a datos de carácter personal registrados en la historia clínica. La historia clínica, en efecto, contiene legalmente (artículo 15 de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente) datos personales y de salud, que están legalmente calificados por la Ley 15/1999, de Protección de Datos con la etiqueta de “datos especialmente protegidos”. Si tenemos presente que la normativa sobre la historia clínica describe concebido como un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente y partiendo de esta consideración, y únicamente con esta finalidad, la de “asistir al paciente”, se permite a los profesionales sanitarios que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente, el acceso a su historial médico. Más allá de este supuesto, es decir, si no existe un motivo asistencial que lo justifique, los profesiona-



les sanitarios, sean los que sea, no deben ni pueden acceder a las historias clínicas.

En definitiva un médico que mediante su propia clave de acceso a la base de historias clínicas acceda de forma indebida a los datos clínicos contenidos en las mismas de cualquier usuario, incurre en el delito de descubrimiento de secretos, ya que ha violado la intimidad de la persona. Y cuando se hace referencia al término de “violar”, es contravenir el principio de vinculación que no sólo supone sólo una infracción deontológica, sino eventualmente también de naturaleza penal.

2ª.- Cuestión Práctica:

Utilización de la historia clínica de un paciente pediátrico, cuyos padres están separados o divorciados.

En numerosas ocasiones el pediatra encuentra problemática cuando atiende a pacientes cuyos padres están separados. Uno de los progenitores lleva a su hijo a la clínica para realizar algún tratamiento y, días después, aparece una carta o incluso presencialmente el otro progenitor indica y nos solicita que se termine con el tratamiento o incluso solicita informes o facturas en el caso de una asistencia privada.

En estos casos lo más oportuno es aclarar la situación desde el primer momento. Si el menor acude a la consulta con uno solo de los padres, es conveniente, durante la realización de la historia clínica, preguntar abiertamente al progenitor si está separado y, en ese caso, quién tiene la patria potestad y la custodia. Lo fundamental es la custodia, que se justifica gracias a un documento del juzgado que deberá aportar.

En la legislación española se regula el ejercicio de la Patria Potestad en el artículo 156 del Código Civil, en el que se indica que ésta se ejercerá conjuntamente por ambos progenitores o por uno solo con el consentimiento expreso o tácito del otro. Serán válidos los actos que realice uno de ellos conforme al uso social y a las circunstancias o en situaciones de urgente necesidad.

En caso de desacuerdo, cualquiera de los dos podrán acudir al Juez, quien, después de oír a ambos y al hijo si tuviera suficiente juicio y, en todo caso, si

fuera mayor de doce años, atribuirá sin ulterior recurso la facultad de decidir al padre o a la madre (o si los desacuerdos fueran reiterados o concurriera cualquier otra causa que entorpezca gravemente el ejercicio de la patria potestad, podrá atribuir la total o parcialmente a uno de los padres o distribuir entre ellos sus funciones).

En los casos de padres separados o divorciados con la patria potestad compartida, el ejercicio de la misma también es conjunto y, por tanto, ambos tienen derecho a tomar decisiones en todos los aspectos importantes de la vida de los hijos menores (salvo en aquellos casos en que en Sentencia judicial se haya otorgado la capacidad de decidir en un supuesto concreto a uno sólo de los progenitores). Lo habitual, no obstante, es el ejercicio conjunto, por lo que habrá que tener especial cautela ya que no puede presumirse sin más que un progenitor que toma una decisión importante sobre sus hijos menores está obrando con el consentimiento del otro.

Existe jurisprudencia respecto a que, en temas ordinarios, la patria potestad la ejercerá el progenitor con el que convivan los menores (ej., llevar a un niño al pediatra por tener un catarro o cualquier otra enfermedad banal), también en casos de urgente necesidad, pero en casos no ordinarios, como por ejemplo, llevar al hijo a un profesional de la psicología para una evaluación o tratamiento (más aún si se va a realizar un informe pericial que puede surtir efectos en temas importantes que afectan a la relación de los hijos con ambos progenitores), se precisaría el acuerdo de ambos.

Por otro lado, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula quien deberá otorgar el consentimiento informado para las intervenciones en el ámbito de la salud con menores sin pleno derecho a consentir por sí mismos. Es lo que se denomina “*consentimiento por representación*” y viene recogido en el artículo 9.3 de la citada Ley. Se indica que: “*el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o*



con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente". Consecuentemente, de acuerdo con esta Ley, el consentimiento deberá otorgarlo "el representante legal", que sería, según el citado artículo 156 del Código Civil, los titulares de la patria potestad.

3ª Cuestión Práctica:

"En una situación en la que se comparte información de un paciente con otro profesional (psicólogo, profesor,...), ¿debe obtenerse un consentimiento informado?, ¿en qué términos?, ¿debe hacerse por escrito?"

Básicamente esta cuestión hace referencia directa al tema del Secreto profesional *Compartido*, pero antes parece oportuno el que recordemos que la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP), que en su artículo cuarto regula el derecho a la información sanitaria, concretando el motivo por el que hay que proporcionar información, cantidad, forma, destinatario, excepciones, etc.

Nos referimos al intercambio de información en los tiempos adecuados para que los integrantes de los diferentes proveedores de salud, tanto públicos como privados, puedan tomar las decisiones que impacten directamente en el paciente. Asimismo, nos referimos a los medios electrónicos utilizados para facilitarlos. La comunicación debe poner en valor el papel de cada uno de los profesionales, y debe caracterizarse por su reciprocidad, respeto y relevancia.

Existen muchos sectores sanitarios donde la cooperación entre profesionales sanitarios es necesaria para conseguir los resultados esperados. Es una realidad que los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, psicólogos y demás miembros del equipo de salud) deben trabajar en colaboración para integrar y trasladar el conocimiento científico disponible.

Una tendencia que hace necesario que los profesionales sanitarios que intervienen en su atención co-

laboren para optimizar los resultados del tratamiento farmacológico y conseguir así mejores resultados en salud. Un cambio de paradigma socio-sanitario que hace imprescindible una atención más personalizada y una respuesta integral a los problemas de salud, mediante una colaboración que favorezca la continuidad asistencial del paciente.

El secreto profesional se configura como un derecho y deber fundamental, ya que sin la garantía de esta confidencialidad no puede haber confianza por parte del paciente para que éste preste la información necesaria al profesional que le atiende.

Los datos revelados por los pacientes en el ámbito sanitario y que configuran su historia clínica son datos de carácter personal, considerados por la Ley Orgánica de Protección de Datos como datos de especial protección, como ya hemos referido anteriormente, y por tanto, solo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga la ley o el afectado consienta expresamente.

Ya en el juramento de la Asociación Médica Mundial de 1948 se declaraba que el secreto, "es la obligación ética del médico de no divulgar ni permitir que se conozca la información que directa o indirectamente obtenga sobre la salud y vida del paciente".

Aunque esta reserva sobre la información conocida durante la asistencia al paciente siempre ha tenido excepciones. Así el Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial, subraya elementos como la seguridad, el respeto, el humanismo y el comportamiento ético y responsable del profesional, partiendo de una realidad social cambiante. En el momento actual, la progresiva complejidad de la asistencia sanitaria, con la aparición de equipos multidisciplinares numerosos, de proveedores de servicios y de compañías aseguradoras, entre otros actores sociales, hace que la complejidad de mantener la confidencialidad sea mucho mayor que en épocas pasadas.

Fundamentado en la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y de documentación clínica, el secre-



to médico es de tipo relativo. Este aparece cuando del mantenimiento del secreto con carácter absoluto puede derivarse un perjuicio para los intereses sociales, y por tanto no puede prevalecer la conveniencia individual o privada.

Por lo tanto en medicina el secreto ha de ser *relativo* y entendido como la obligatoriedad de guardar el secreto por parte del médico respecto al estado de salud y confidencias del paciente, pero siempre que no se perjudique por ello a los demás o a los intereses sociales o a los intereses generales (enfermedades infecciosas, descubrimiento de delitos contra las personas...).

Una vez sentada la base de que el secreto médico es *relativo*, profundizamos un poco más y además lo consideramos como de carácter *compartido*.

El secreto médico compartido es el deber del secreto de todos los componentes del equipo asistencial que conocen los datos del paciente. El personal sanitario (médicos, enfermería, residentes, estudiantes de medicina o de enfermería en prácticas, auxiliares, etc.) que por su actividad o profesión participan en la asistencia del paciente, para realizarla adecuadamente y llegar con más garantías a un diagnóstico, pronóstico y tratamiento, tienen que conocer la problemática del paciente y participar igualmente del secreto. Es por tanto consecuencia de la medicina moderna muy amplia y tecnificada.

4ª.- Cuestión Práctica.

¿Problemas legales que se pueden generar si no se facilita información a los padres en caso de decisiones tomadas en relación a un menor que el pediatra considera “maduro”, pero que los padres no están de acuerdo?

La Convención de Derechos del Niño, de Naciones Unidas, de 20 de noviembre de 1989, ratificada por España el 30 de noviembre de 1990 y la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor son los pilares que han servido para dotar al menor de un adecuado marco jurídico de protección.

Ya en el Código Civil se establecen límites a la representación legal ejercida por los padres, y en el

Convenio de Bioética de Oviedo⁵ se dice: “*La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez*”.

En la Ley del Menor se afirma que “*dados los cambios sociales hay que reformar la visión de la protección a la infancia con el reconocimiento pleno de la titularidad de los derechos en los menores de edad y con una capacidad progresiva para ejercerlos*”.

En la Ley de Autonomía, Ley 41/2002, se hace verdadera referencia al concepto mal llamado de “*mayoría de edad sanitaria*” encaminada para la toma de decisiones en menores con unas determinadas características.

Su artículo 9 trata de los límites del consentimiento informado y el consentimiento por representación, en su apartado 3 se indica cuándo se otorga el consentimiento por representación y en su apartado c dice: “*Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene 12 años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en situación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente*”. En esta Ley de Autonomía queda establecido que no hay ninguna restricción a la autonomía total del paciente cuando éste tenga 16 años cumplidos, siendo ésta la “*mayoría de edad sanitaria*”, aunque se recomienda que en casos graves pueda informarse a los padres.

En los conflictos de la práctica diaria el problema consiste en determinar quién y de qué forma se valora al menor para considerarlo maduro en la toma de decisiones. No se trata de elaborar forzados tests psicológicos de aplicación rápida ni de obtener instrumentos incontestables para dejar clara constancia de la “*madurez del menor*”, sino de realizar una evaluación de la madurez y de la capacidad para un proceso concreto y específico, teniendo en cuenta la



situación de riesgo vital o la relación riesgo/beneficio que aporte dicha decisión.

Este proceso debe ser un proceso continuo que oscila en el tiempo y se ve influenciado por el estado afectivo de los intervinientes. Proponemos el siguiente mecanismo de evaluación:

- a) Evaluar si comprende adecuadamente (es decir si entiende la información dada por el pediatra y la situación clínica planteada).
- b) Evaluar el motivo que fundamenta su decisión.
- c) Ponderar los riesgos y beneficios de su decisión.
- d) Valorar el hecho de que acuda solo para recibir asistencia sanitaria.

El pediatra tiene que abordar esta evaluación recordando que la madurez debe medirse por la capacidad de valorar una situación y no por los valores que maneje. El error más importante que se puede cometer consiste en decidir que quien no comparte nuestro sistema de valores es incapaz para tomar una decisión adecuada. La conducta más adecuada no es abolir esa madurez en el adolescente sino intentar potenciarla deliberando con él. Esta deliberación no es un proceso fácil, puesto que requiere escuchar sin juzgar, intentando orientar pero no imponiendo nuestro sistema de valores y siendo capaces de aceptar una decisión aunque no concuerde con la nuestra. Se podría entonces llegar a poner de manifiesto una serie de carencias en la madurez moral del profesional que dialoga con el adolescente. Sin embargo, este diálogo es la mejor aportación que podemos hacer para contribuir a su desarrollo personal.

¿Qué ocurre cuando hay discrepancia entre el pediatra y los padres? En las ocasiones en las que hay discrepancia entre el pediatra y los padres acerca del beneficio objetivo, o en casos de padres separados y con la patria potestad compartida y con distintos criterios acerca del beneficio para su hijo, y agotadas todas las vías de comunicación entre las partes, es cuando debería acudir al juez. Puesto que éste no puede determinar cuál es el beneficio

objetivo tendrá que velar, al menos, porque no haya maleficencia.

La función del Estado se centra en prevenir y vigilar que los padres no actúen en su propio beneficio o de otros miembros de la familia cuando toman determinadas decisiones que afectan a sus hijos. Es importante tener en cuenta que, si consideramos al menor "como maduro", en caso de desacuerdo entre su decisión y la paterna, prevalecerá la del menor, en tanto que se trata de circunstancias que afectan a su vida y su salud, y estos valores se consideran derecho de la personalidad.

Orientaciones prácticas

- a) Si el beneficio de la decisión es alto y la decisión del menor es de aceptación: se acepta una baja exigencia de la competencia del menor.
- b) Si el riesgo es alto y la decisión del menor es de aceptación: se acepta una alta exigencia de la competencia del menor.
- c) Si el beneficio de la decisión es alto y la decisión del menor es de rechazo: se acepta una alta exigencia de la competencia del menor.
- d) Si el riesgo es alto y la decisión del menor es de rechazo: se acepta una baja exigencia de la competencia del menor.

5ª.- Cuestión Práctica.

Respecto a vacunación del calendario oficial, se da por entendido el consentimiento de los padres. Pero en caso de reacción vacunal grave, ¿podrían acusarnos de no informar de todos los posibles efectos secundarios? (no solemos informar a no ser que nos pregunten).

Como bien sabemos las vacunas constituyen uno de los instrumentos más eficaces de las políticas de salud pública. Pero a la vez generan una permanente controversia relacionados con los riesgos de la vacunación y acerca de la voluntariedad u obligatoriedad de las vacunas.

Las vacunas pediátricas son muy seguras y los efectos secundarios que aparecen con alguna frecuencia



son muy leves (febrícula) y los graves son excepcionales. La relación beneficio/riesgo es sin duda alguna altamente positiva.

Las reticencias de los padres se basan entre otras razones en: Dudas sobre la necesidad y la eficacia de las vacunas, que estas o sus aditivos sean inseguros y puedan dar efectos secundarios de importancia, así como la posibilidad de no poder demostrar que la sobrecarga del sistema inmunitario pueda en un futuro afectar negativamente al niño.

Todo esto genera una discusión que tiene su proyección legal, fundamentalmente en términos de voluntariedad versus obligatoriedad, con la necesidad de proteger derechos fundamentales tales como el derecho a la salud, a la integridad física o la libertad personal.

Hay que saber que la vacunación en España es voluntaria, ya que nuestro ordenamiento jurídico no incorpora explícitamente el deber de vacunación y nadie puede, en principio, ser obligado a vacunarse. Ahora bien, hay determinadas situaciones que permiten que los poderes públicos competentes impongan la vacunación forzosa, fundamentalmente en caso de epidemias.

El modelo español difiere de otros como, por ejemplo, el de USA, donde el calendario de vacunaciones es en la práctica obligatorio, aunque se reconocen exenciones por creencias filosóficas o religiosas o contraindicación médica. La escuela actúa como mecanismo de control, pues se exige la vacunación oficial para el acceso a la escolarización.

No es momento de hacer una relación legislativa de las normas que hacen referencia a estos temas, pero si es interesante al menos conocer algo de legislación, que por otra parte es muy escasa en nuestro País.

La Ley 33/2011, 4 de octubre, General de Salud Pública; parte de un principio general de voluntariedad en las actuaciones de salud pública (vacunación), así el art. 5.2 establece que: "Sin perjuicio del deber de colaboración, la participación en las actuaciones de salud pública será voluntaria, salvo lo previsto en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas es-

peciales en materia de salud pública". La regla general es, así pues, la voluntariedad, salvo lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/1986, a la que nos referimos a continuación.

Por su parte la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública establece en su art. 1 que: "Al objeto de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, las autoridades sanitarias de las distintas Administraciones Públicas podrán, dentro del ámbito de sus competencias, adoptar las medidas previstas en la presente Ley cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad". Por su parte, el art. 2 señala que: "Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad". Finalmente, el art. 3 dispone que "Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible".

Aunque estas normas legales están llenas de conceptos jurídicos indeterminados, podemos concluir que es legalmente posible imponer la vacunación en caso de epidemia, cuando exista un riesgo colectivo para la salud pública, desplazando en dichos supuestos el principio general de voluntariedad en la vacunación que impera en nuestro Derecho.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que establece en su art. 9.2 que: "Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos: a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sani-



tarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas”.

El principio general de autonomía de la voluntad que establece la Ley 41/2002, cede en determinadas situaciones, donde es posible realizar intervenciones de salud sin consentimiento de los interesados; una de esas situaciones es el riesgo para la salud pública, remitiendo nuevamente el legislador la cuestión a la Ley Orgánica 3/1986 vista y con la preceptiva intervención de un juez que ejerza la función de control de este tipo de decisiones.

Así pues, a modo de conclusión, la regla general en nuestro Derecho es la no obligatoriedad de la vacunación, tanto de la vacunación sistemática, entendida como medida de salud pública para prevenir la aparición de enfermedades (meramente recomendada a través del calendario vacunal), como en los casos en los que el riesgo es exclusivamente individual, en ambas situaciones es preciso el consentimiento del interesado o de sus representantes legales.

Excepcionalmente, la Ley Orgánica 3/1986 permite plantear la vacunación con carácter obligatorio en casos de epidemias y crisis sanitarias y riesgo efectivo para la salud pública; en el resto de los casos, en los que el riesgo es exclusivamente individual, sólo sería posible obligar a la vacunación siguiendo el art. 9.2 b) Ley 41/2002 “Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él, sin que resulte de aplicación a estos supuestos de riesgo individual la Ley Orgánica 3/1986”.

La Ley 26/2015, de 28 de julio, relativa a la protección a la infancia y a la adolescencia y la Ley Orgánica 8/2015, se consagra el principio de prevalencia del interés superior del menor a la salud.

Por tanto los pediatras tienen la obligación y la responsabilidad de recomendar la vacunación, si bien

no todas las vacunas con igual fuerza, pues no es comparable el riesgo que supone tener una enfermedad u otra ni el porcentaje de protección que confieren.

La negativa familiar a la vacunación plantea un conflicto de valores entre el derecho de los padres a la crianza de sus hijos según sus valores y creencias y el principio de justicia, al poner en riesgo la inmunidad personal y la de grupo. En España, la ley protege la capacidad de decisión de los padres al no obligar al cumplimiento del calendario oficial de vacunación. Los médicos y sobre todo pediatras deben tener un papel esencial ya que el respeto a la autonomía de los ciudadanos no exime de argumentar e intentar persuadirlos para conseguir actitudes y decisiones saludables para los niños.

Como ya se ha indicado a pesar de las enormes ventajas preventivas de la vacunación infantil, esta no es obligatoria en España y los padres pueden optar por rechazarlas o aceptar unas vacunas y rechazar otras. Por ello siempre que sea un menor para aplicar tratamientos o pruebas diagnósticas debemos tener la autorización de padres o tutores, pero en el caso de las vacunas no se precisa de un consentimiento informado por escrito, simplemente con la autorización verbal y reflejarlo en la historia clínica es suficiente, pero si debe contar con la autorización del tutor del niño.

De especial relevancia ética y legal es la información a la población, tanto por las administraciones sanitarias como por los laboratorios productores y por los profesionales sanitarios, así como considerar su repercusión social. Es necesario que el médico se interese por los valores y creencias de los padres con dudas a vacunar a sus hijos, que van desde el temor a reacciones adversas reales o imaginarias hasta credos culturales, religiosos o de otro tipo. El médico debe explicar argumentos y evidencias que contrarresten estas falsas creencias.

La responsabilidad del médico, ante el rechazo de vacunación, no debe limitarse a informar. El respeto a la autonomía del paciente no debe confundirse con la *delegación* de responsabilidades médicas, amparándose en que el pediatra ya ha informado y aho-



ra los que deciden de manera unitaria y absoluta son los padres. El pediatra debe hacer un esfuerzo para entender las motivaciones de los padres, sus preferencias y sus valores, sobre todo al considerar que está en juego la salud de sus hijos, sin posibilidades de tomar decisiones que le afectan. De todas maneras, se ha de intentar comprender y no juzgar para sentar las bases de colaboración y tomar decisiones conjuntas con los padres buscando acuerdos, en un clima de respeto y progresiva confianza. Se puede incluso acceder a la negación de una vacuna, pero lograr que se reciba otras y dejar abierta la posibilidad de reconsiderarlo más adelante. Por todo ello, es actualmente preferible la evidencia científica y la razón ética de convencer con argumentos, ya que la obligatoriedad conlleva en la sociedad sentimientos en contra. Por ello en nuestra moderna y abierta sociedad, suele ser a la larga más efectivo el convencer, que la obligación impuesta.

Ahora bien, hay que insistir a los padres que las vacunas son un derecho de todos los niños, y que deberán asumir los daños que pueden producirse por la no vacunación. Por todo ello hoy en día no es ineludible la obligatoriedad de la vacunación en nuestros niños, pero ante un descenso de la población inmunizada con peligro de aparición de brotes de infecciones prevenibles, habría que plantear y legislar su obligación.

La cuestión referida a la necesidad de firmar el documento de consentimiento informado por parte de los padres, también puede generar un debate y diversas opiniones al respecto.

Por una parte la Ley 41/2002 dispone en su art. 2.6 que: *“Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”*. Se impone así para los profesionales el deber de cumplir no sólo la *lex artis* material, concretada en la correcta prestación de las técnicas médicas propias de cada especialidad, sino también la *lex artis* formal, integrada por el cumplimiento de los deberes de información y documentación clínicas y el respeto a la autonomía de la voluntad del paciente;

ambas manifestaciones de la *lex artis* se colocan en un plano de igualdad y vinculan por igual a los profesionales.

Tal y como establece el Tribunal Constitucional (Sentencia 37/2011, de 28 de marzo) información y consentimiento son dos derechos íntimamente relacionados, pues sólo si se dispone de la información adecuada se podrá prestar libremente el consentimiento.

La información se configura en el art. 4.2 Ley 41/2002 como un elemento esencial, entendida como proceso gradual, continuado en el tiempo, esencialmente verbal, dejando constancia en la historia clínica, adecuada, verdadera, comprensible, sobre la finalidad y naturaleza de cada intervención, riesgos y consecuencias para la toma de decisiones. En materia de vacunación se plantean dudas sobre cuál es el medio idóneo para proveer de esa información adecuada a los padres o representantes legales, si basta con el prospecto de la vacuna o si es precisa una información detallada sobre la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias de cada vacuna que se administra.

En lo relativo al prospecto, el mismo se configura como una garantía de información al paciente en el art. 15.3 de la Ley 29/2006: *“3. El prospecto, que se elaborará de acuerdo con el contenido de la ficha técnica, proporcionará a los pacientes información suficiente sobre la denominación del principio activo, identificación del medicamento y su titular e instrucciones para su administración, empleo y conservación, así como sobre los efectos adversos, interacciones, contraindicaciones, en especial los efectos sobre la conducción de vehículos a motor, y otros datos que se determinen reglamentariamente con el fin de promover su más correcto uso y la observancia del tratamiento prescrito, así como las medidas a adoptar en caso de intoxicación. El prospecto deberá ser legible, claro, asegurando su comprensión por el paciente y reduciendo al mínimo los términos de naturaleza técnica”*.

En lo referente al consentimiento informado por escrito, no forma parte de la práctica habitual su exigencia en relación con las vacunas, considerando que los padres o representantes legales están presutando dicho consentimiento de forma tácita por el



mero hecho de acudir a un centro médico a solicitar una determinada vacuna, o que basta con el mero consentimiento verbal de los padres o representantes legales.

El Tribunal Supremo en algunas Sentencias flexibiliza el uso del consentimiento informado en relación con las vacunas:

- Sentencia del Tribunal Supremo, de 9 de octubre de 2012, en relación a un cuadro de Guillain-Barré tras la inoculación a un varón sano de 37 años de edad de la vacuna de la gripe correspondiente a la campaña 2002-3, afirma que: “En cuanto al primero, es decir, el referido al consentimiento informado al que también se refiere el segundo, ya que en supuestos como el presente vacunación en todo caso voluntaria si bien aconsejada y promovida por la Administración por los beneficios sociales que de la misma derivan, es bastante con que en el acto de la inoculación del virus se advierta verbalmente a la persona que lo recibe de aquellas consecuencias leves que pueden presentarse y que desaparecerán en breve tiempo y se indique los medios para paliar sus efectos”.

- Sentencia del Tribunal Supremo, de 12 de septiembre de 2012, es mucho más restrictiva sobre los riesgos que se deben informar, por entender que: “y, en fin, porque la administración de la vacuna contra la varicela no integra un acto de medicina satisfactoria sino curativa en la que el consentimiento informado no alcanza a aquellos riesgos que no tienen un carácter típico, por no producirse con frecuencia ni ser específicos del tratamiento aplicado, siempre que tengan carácter excepcional, como es aquí el caso, en que la prueba practicada resulta que la cerebelitis posvacunal es rarísima”. Esta tesis es más favorable a fomentar el uso de las vacunas, pues una información detallada sobre los riesgos de la vacunación podría provocar un descenso significativo de las tasas de cobertura vacunal, con el riesgo de la inmunización, tanto individual como de grupo.

Pero a pesar de ello en el mundo judicial nos encontramos resoluciones algo diferentes o en un sentido distinto. Así, si bien el consentimiento informado es esencialmente verbal, el mismo debe prestarse por

escrito en cirugías, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y en, general en procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa para la salud.

Pese a la seguridad de las vacunas, es cierto que, ocasionalmente, se producen eventos adversos de extrema gravedad y que se trata de un procedimiento -mínimamente- invasivo, por lo que jurídicamente sería posible sostener que no sería válido el consentimiento verbal, siendo necesario que el mismo constara por escrito, sobre todo si tenemos en cuenta la doctrina del Tribunal Supremo que exige informar de los riesgos frecuentes y de los excepcionalmente graves, en el mismo sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León señala que “debemos entender exigible la obligación de informar sobre las posibles complicaciones señaladamente graves, como la que aquí nos ocupa, por más que se trate de un riesgo poco frecuente”.

Como quiera que la práctica —no se informa de los riesgos más graves de las vacunas y no se exige el consentimiento escrito— está muy alejada de las exigencias jurídicas —muchos Tribunales empiezan a hacer una aplicación excesivamente rigurosa de la obligación de informar, incluso en casos en los que consta un consentimiento específico— y que las reacciones adversas a las vacunas pueden ser excepcionalmente graves, convendría tener en cuenta que el consentimiento es un medio de prueba de la realidad de la información, por lo que el riesgo legal podría reducirse de forma considerable si se mejoran los instrumentos de información y se deja constancia de ello en la historia clínica. En último término, en relación con la cuestión planteada, téngase en cuenta lo expuesto en los apartados 2.1 y 2.2, a los que nos remitimos para evitar reiteraciones innecesarias.

Por tanto, siguiendo la doctrina más reciente del Tribunal Supremo, aun no siendo imprescindible disponer de un consentimiento informado explícito para administrar las vacunas incluidas en los calendarios oficiales de vacunación, sigue habiendo resoluciones judiciales muy exigentes en materia de información y consentimiento, por lo que, en todo caso, resulta recomendable, como mínimo, anotar



en la historia clínica del paciente que el acto de la vacunación ha sido realizado de acuerdo con los padres (o con consentimiento verbal informado de los padres o tutores) y que los mismos han sido informados de las consecuencias leves que pueden presentarse, de los medios para paliar sus efectos, así como de la duración prevista de las mismas.

6ª Cuestión Práctica.

Cómo actuar ante grabaciones con el móvil de conversaciones de los niños con el otro progenitor para intentar convencernos de que el niño no quiere estar con él.

Esta conducta es conocida como “alienación parental”, y consiste en *“la manipulación de un menor por parte de su progenitor para provocar rechazo, rencor, odio o desprecio hacia la otra parte, sea madre o padre”*. Con estas “maniobras”, más allá de las desavenencias personales de las parejas lo único que se está poniendo en riesgo es el sano desarrollo de los menores. Evidentemente que los niños tienen el derecho a convivir con sus padres, con independencia a si están o no casados, o cohabitan y es preciso que estos no estén sujetos al capricho de uno u otro por las desavenencias que terminan en separación o ruptura de las parejas.

Se trata de un proceso por el cual un progenitor actúa intencionadamente para provocar el rechazo de sus hijos hacia el otro progenitor es uno de los más insidiosos y destructivos que una familia puede experimentar.

Los síntomas que suele conllevar este cuadro, y que se produce en los hijos de la pareja, están mediados por diferentes estrategias, transformando la conciencia de los niños con el objetivo de impedir, obstaculizar o destruir sus vínculos con el otro progenitor.

Los hijos que sufren este síndrome de alienación parental (SAP) desarrollan un odio patológico e injustificado hacia el progenitor alienado, que tiene consecuencias devastadoras en el desarrollo físico y psicológico de éstos. Otras veces, sin llegar a sentir odio, el SAP provoca en los hijos un deterioro de la imagen que tienen del progenitor alienado, resul-

tando de mucho menos valor sentimental o social que la que cualquier niño tiene y necesita de sus progenitores, es decir, no se sienten orgullosos de su padre o de su madre como los demás niños.

Aunque el SAP está considerado como una forma de maltrato infantil. Sin embargo, es dudoso que sea considerado como tal, pues el diagnóstico diferencial del SAP requiere precisamente que no exista maltrato previo, psicológico o físico, a la madre y los hijos, por parte del progenitor alienado.

Desde mi punto de vista personal quien lo padece es objeto de un verdadero maltrato psicológico grave, en el cual se instiga resentimiento, temor y animadversión en contra del progenitor inocente, en el curso de un divorcio o separación.

El papel de los pediatras es fundamental, ya que están en contacto con las familias, y por ello, están en una posición privilegiada para detectar a tiempo una situación de esta naturaleza.

El síndrome de alienación parental es un diagnóstico que hay que conocer y plantear desde el punto de vista asistencial, pero ojo también hay que diferenciarlo de la alianza normal que se experimenta con uno de los padres con quien se comparte intereses y de los casos de maltrato infantil, en el cual el niño se resiste con genuino temor y buenas razones a encontrarse con uno de los progenitores.

Es importante escuchar a todos los participantes en los casos en que se sospeche SAP y no solamente a una parte, ya que el pediatra, pueden quedar involucrados como uno de los participantes en el circuito de engaño y terminar por catapultar a un niño en contra de uno de los progenitores.

De ninguna manera hay que desacreditar las acusaciones de maltrato o abuso esgrimidas, sino que hay que estudiarlas con cuidado.

Desde un punto de vista práctico, lo fundamental es establecer el diagnóstico clínico de dicho cuadro y en ese caso y con la finalidad de actuar activamente y de forma positiva es conveniente la notificación del proceso a las instancias judiciales (Fiscalía de Menores) para que el perito, fundamentalmente



el psicólogo judicial o psicólogo forense, que por supuesto sea experto o conocedor de las leyes de familia, temas de custodia y SAP o interferencias parentales, sea capaz de identificar la causa del rechazo de un progenitor por parte de un hijo y determinar si es o no un caso de SAP.

Actualmente ya estamos viendo que los métodos que proponen diversos autores para la solución de estos conflictos es la mediación. Mediante este método son los miembros de la pareja, con ayuda en su caso de los mediadores, los que llegan a acuerdos, valorando la situación y estudiando las posibles alternativas.

Si el conflicto parental está muy arraigado y los hijos están totalmente manipulados por uno de los progenitores en contra del otro, no considero que la mediación sea una alternativa válida. El progenitor alienador no va a querer cooperar, sentirá que tiene el poder y no dará ningún paso para solucionar el rechazo de los hijos, pero en casos leves puede ser una alternativa útil y efectiva.

Como con todos los casos de SAP y de otras perturbaciones emocionales, la intervención en las fases tempranas son las que gozan de mejor probabilidad de triunfar. Cuanto más se prolonga la alienación, más difícil resulta deshacer el daño.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

1. García Alonso M. Pensar el final: la eutanasia. Madrid: Editorial Complutense; 2008. p. 66.
2. Gracia D, Jarabe Y, Martín Espildora N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. En: Gracia D, Judez J, editores. Ética en la práctica clínica. 1.ª ed. Madrid: Tri-castela; 2004.
3. Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor 1/1996, de 15 de enero de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado n.º 15, de 17 de enero de 1996.
4. Código Civil. Gaceta 25 de julio de 1889.
5. Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina: Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Creado por el Consejo de Europa el 4 de abril de 1997 en Oviedo (Asturias) y ratificado el 1 de septiembre de 1999. BOE de 20 de octubre de 1999 y corregido en BOE de 11 de noviembre de 1999.
6. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado n.º 274, del 15 de noviembre de 2002.
7. Pérez-Delgado E. Psicología, ética, religión. Madrid: Siglo XXI; 1995. p. 214.
8. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo I. La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: un problema ético y jurídico. Rev Esp Pediatr. 1997;53:107-18.
9. Gracia D, Jarabe Y, Martín Espildora N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. Med Clin (Barc). 2001;117:179-90.
10. Sánchez Jacob M. El menor maduro. Bol Pediatr. 2005;45:156-60.
11. Williams J. Should judges close the gate on SAP and PA? Family and Conciliation courts review 2001; 39: 267-81.
- 12.- Bone M, Walsh M. Parental alienation syndrome: How to detect it and what to do about it. The Florida Bar Journal 1999; 73: 44-8.
- 13.- Segura C, Gil MJ, Sepúlveda MA. El síndrome de alienación parental: una forma de maltrato infantil. Cuad Med Forense 2006; 12: 43-4.
- 14.- Kelly JB, Johnston JR. The Alienated



Child: A Re formulation of Parental Alienation Syndrome. *Family Court Review* 2001; 39 (3): 249-65.

15.- Gagné MH, Drapeau S, Melancon C. Links Between Parental Psychological Violence, Other Family Disturbances, and Children's Adjustment. *Family Process* 2007; 46: 523-42.

16.- Bolaños, I. (2008). Hijos alineados y padres alienados. *Mediación familiar en rupturas conflictivas*. Edit. Reus.

17.- Bolaños, I. (2002). El Síndrome de Alienación Parental. Descripción y abordajes psico-legales. (*Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, vol.2, nº3, pp.25-45).

18.- Cantón Duarte, J., Cortés Arboleda, M. R. y Justicia Díaz, M. D. (2000b). *Conflictos matrimoniales, divorcio y desarrollo de los hijos*. Madrid, Ed. Pirámide.

19.- Tejedor Huerta, M. A. (2006). *El Síndrome de Alienación Parental. Una forma de maltrato*. Colección de Psicología Jurídica. Edit. EOS. Madrid.