

Acta PEDIÁTRICA

ESPAÑOLA

SUMARIO

437 Revisión

Qué debemos saber sobre el síndrome de alienación parental
F. Miralles Muñoz

442 Originales

Utilización de dermis artificial en el manejo de heridas traumáticas con exposición ósea y/o tendinosa en niños
M. Prada Arias, et al.

446 Valores normales de hormona antimülleriana en niños españoles

F. de la Vega Jiménez, et al.

451 Nutrición infantil

Síndromes de Pearson y de Kearns-Sayre: dos enfermedades mitocondriales multisistémicas, debidas a delecciones en el ADN mitocondrial
E. Martín Hernández, et al.

460 Dermatología pediátrica

Buena respuesta al tratamiento con propranolol de un hemangioma «en Cyrano»
M. Valdivielso-Ramos, et al.

463 Notas clínicas

Quilotórax congénito bilateral: descripción y manejo
M. Casanova Cuenca, et al.

465 Linfangioma quístico de localización inusual

J. Flea Zaragoza, et al.

468 Eritema facial unilateral asociado a estímulos gustativos en un lactante: síndrome de Frey

C. Madrigal Díez

472 Cartas al Director

Pezón supernumerario: ¿un marcador cutáneo de anomalías hematológicas, cardiovasculares y renales?
B. Monteagudo, et al.

474 Hace 50 años «Acta Pediátrica Española» publicaba...

I. Villa Elízaga

477 Abstracts

I. Villa Elízaga

CONTENTS

437 Review article

What we should know about the parental alienation syndrome
F. Miralles Muñoz

442 Original articles

Use of artificial dermal matrix in the management of traumatic wounds with exposed bone and/or tendon in children
M. Prada Arias, et al.

446 Normal rate of anti-Müllerian hormone concentration in Spanish boys

F. de la Vega Jiménez, et al.

451 Nutrition and children

Pearson and Kearns-Sayre syndromes: two multisystem mitochondrial diseases caused by mitochondrial DNA deletions
E. Martín Hernández, et al.

460 Pediatric dermatology

Good response to the treatment of the hemangioma of Cyrano nose with propranolol
M. Valdivielso-Ramos, et al.

463 Clinical notes

Bilateral congenital chylothorax: description and management
M. Casanova Cuenca, et al.

465 Cystic lymphangioma in unusual location

J. Flea Zaragoza, et al.

468 Unilateral facial erythema in response to gustatory stimuli in an unweaned baby: Frey syndrome

C. Madrigal Díez

472 Letters to Editor

Supernumerary nipple: a cutaneous marker of renal, cardiovascular or hematologic anomalies?
B. Monteagudo, et al.

474 Fifty years ago «Acta Pediátrica Española» published...

I. Villa Elízaga

477 Abstracts

I. Villa Elízaga

ACTA PEDIÁTRICA

ESPAÑOLA

VOLUMEN 68, N° 9 OCTUBRE 2010

Fundada en el año 1943 por los Dres.: C. Sáinz de los Terreros, S. Cavençat, J. de Bosch Marín y L. Navas Migueloa

Director honorífico: Prof. I. Villa Elizaga

Director y Editor

J. Dalmau Serra

Subdirector

J.M. Moreno Villares

Coordinadores secciones:

Dermatología pediátrica

J.M. Hernanz

Nutrición infantil

J. Dalmau Serra

Formación e Información en Pediatría

J. González de Dios

Edita:  **Mayo**
EDICIONES MAYO, S.A.

www.edicionesmayo.es

e-mail: actapediatria@edicionesmayo.es

Redacción y Administración

Aribau, 185-187, 08021 Barcelona.

Tel.: 932 090 255.

Coordinación editorial: Eva Raventós

Publicidad

Barcelona: Aribau, 185-187

08021 Barcelona. Tel.: 932 090 255

Cristina Alquézar

E-mail: calquezar@edicionesmayo.es

Madrid: Paseo de la Habana, 46

28036 Madrid. Tel.: 914 115 800.

Manuel Mesa

E-mail: mmesa@edicionesmayo.es

Diseño: Xavier Noguera

Preimpresión: M4 Autoedición Asociados, S.L.

Impresión: Sorpama

Depósito legal: M. 3870-1958

ISSN 0001-6640

Soporte válido

M. Sanidad: SVR n° 32

Suscripción anual 84 euros.

(I.V.A. incluido)

España y Portugal.

Otros países 121,30 US\$.

Precio médicos residentes

67,20 euros.

Control voluntario de la difusión por



©Ediciones Mayo, S.A.

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos, aun citando la procedencia, sin la autorización del editor

Consejo Editorial / Editorial Board

V. Alzina de Aguilar
(Pamplona)

J. Ardura Fernández (Valladolid)

J. Argemí Renom (Barcelona)

F. Balboa de Paz (Madrid)

A. Bautista Casasnovas
(Santiago de Compostela)

A. Blanco Quirós (Valladolid)

J. Brines Solanes (Valencia)

M. Bueno Sánchez (Zaragoza)

A. Camacho (Madrid)

J. Campos (Madrid)

A. Carrascosa Lezcano

(Barcelona)

E. Casado de Frías (Madrid)

M. Casanova (Cádiz)

M. Castro Gago
(Santiago de Compostela)

M. Crespo Hernández (Oviedo)

M. Cruz Hernández (Barcelona)

A. Delgado Rubio (Madrid)

E. Doménech Martínez

(La Laguna)

T. Durá Travé (Pamplona)

J.M. Fraga Bermúdez

(Santiago de Compostela)

M. García Fuentes (Santander)

Á. Gil Hernández (Granada)

J. González Hachero (Sevilla)

D. González Lamuño

(Santander)

M. Hernández Rodríguez

(Salamanca)

P. Jara Vega (Madrid)

R. Jiménez González (Barcelona)

M. Martín Esteban (Madrid)

A. Martínez Valverde (Málaga)

A. Molina Font (Granada)

M.A. Muñoz-Fernández

(Madrid)

J. Narbona García (Pamplona)

A. Nieto García (Valencia)

A. Nogales Espert (Madrid)

J.A. Ojeda (Madrid)

J. Peña Guitián

(Santiago de Compostela)

V. Pérez-Sheriff (Madrid)

A. Polaino-Lorente (Madrid)

I. Polanco Allué (Madrid)

M. Pombo Arias

(Santiago de Compostela)

F. Prandi Farrás (Barcelona)

J. Quero Jiménez (Madrid)

C. Ribes-Koninckx (Valencia)

J. Rodríguez Soriano (Bilbao)

L. Ros Mar (Zaragoza)

S. Ruiz Company (Valencia)

V. Salazar A. Villalobos

(Salamanca)

F. Sánchez-Valverde Visus

(Pamplona)

P. Sanjurjo (Bilbao)

A. Sarría (Zaragoza)

L. Sierrasesúmagu (Pamplona)

R. Tojo Sierra

(Santiago de Compostela)

J.C. Vitoria (Bilbao)

I. Vitoria Miñana (Valencia)

Consejo Editorial Internacional / International Editorial Board

J. Aicardi (París)

G. Arce (Costa Rica)

E. Bancalari (Miami)

M. Bender (Baltimore)

C. Bergadá (Buenos Aires)

J.M. Camarena (México)

A. Cedrato (Buenos Aires)

N. Cordeiro Ferreira (Lisboa)

F.J. de Nobrega (Brasil)

O. Didrik Saugstad (Oslo)

P.M. Dunn (Bristol)

N. Fejerman (Buenos Aires)

G. Gordillo (México)

F. Katona (Budapest)

A. Larbrisseau (Montreal)

G. Lyon (Bruselas)

A. Marcio Lisboa

(Brasília, Brasil)

F. Monckeberg

(Santiago de Chile)

W. Oh (Providence)

J.L. Peña (Montevideo)

J. Salazar de Sousa (Lisboa)

E. Saling (Berlín)

B.J. Schmidt (São Paulo)

Z.M. Sfaello

(Córdoba, Argentina)

L. Torregrosa (México)

R. Uauy (Chile)

L. Velasques (México)

J.A. Walker-Smith (Londres)

C.B.S. Wood (Londres)

REVISTA INDEXADA EN EMBASE/Excerpta Medica, EN EL ÍNDICE MÉDICO ESPAÑOL, SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA (SIIC DATABASES), SERLINE, HEALTH SCIENCES SERIALS, SCIENCE PLUS E ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO ESPAÑOL DE CIENCIAS DE LA SALUD (IBECS)

ProQuest
COMPANY

Los originales deben remitirse a: Acta Pediátrica Española.

Ediciones Mayo, S.A. Aribau, 185-187, 2.º 08021 Barcelona. Teléfono: 93 209 02 55. Fax: 93 202 0271.

Correo electrónico: actapediatria@edicionesmayo.es

PEDIÁTRICA

ESPAÑOLA

VOLUMEN 68, N° 9 OCTUBRE 2010

SUMARIO

437 Revisión

Qué debemos saber sobre el síndrome de alienación parental

F. Miralles Muñoz

442 Originales

Utilización de dermis artificial en el manejo de heridas traumáticas con exposición ósea y/o tendinosa en niños

M. Prada Arias, L. Alonso Jiménez, C. Hernández Castelló, R. Beltrá Picó

446 Valores normales de hormona antimülleriana en niños españoles

F. de la Vega Jiménez, R. Gracia Bouthelier

451 Nutrición infantil

Síndromes de Pearson y de Kearns-Sayre: dos enfermedades mitocondriales multisistémicas, debidas a delecciones en el ADN mitocondrial

E. Martín Hernández, M.T. García Silva, P. Quijada Fraile, A. Martínez de Aragón, A. Cabello, M.Á. Martín

460 Dermatología pediátrica

Buena respuesta al tratamiento con propranolol de un hemangioma «en Cyrano»

M. Valdivielso-Ramos, C. Mauleón, D. Velázquez, P. de la Cueva, A. Usano, J.M. Hernanz

463 Notas clínicas

Quilotórax congénito bilateral: descripción y manejo

M. Casanova Cuenca, M. Suárez Rodríguez, M.J. Ferrández Berenguer, J.L. Quiles Durá

465 Linfangioma quístico de localización inusual

J. Fleta Zaragozano, L. Escartín Madurga, J.A. Fernández Gómez, R. Álvarez Alegret, A. Sáinz Samitier, J.L. Olivares López

468 Eritema facial unilateral asociado a estímulos gustativos en un lactante: síndrome de Frey

C. Madrigal Díez

472 Cartas al Director

Pezón supernumerario: ¿un marcador cutáneo de anomalías hematológicas, cardiovasculares y renales?

B. Monteagudo, Ó. Suárez-Amor, E. León-Muiños, I. Carballeira, A. Corrales, A. Ramírez-Santos

474 Hace 50 años «Acta Pediátrica Española» publicaba...

I. Villa Elízaga

477 Abstracts

I. Villa Elízaga

CONTENTS

437 Review article

What we should know about the parental alienation syndrome

F. Miralles Muñoz

442 Original articles

Use of artificial dermal matrix in the management of traumatic wounds with exposed bone and/or tendon in children

M. Prada Arias, L. Alonso Jiménez, C. Hernández Castelló, R. Beltrá Picó

446 Normal rate of anti-Müllerian hormone concentration in Spanish boys

F. de la Vega Jiménez, R. Gracia Bouthelier

451 Nutrition and children

Pearson and Kearns-Sayre syndromes: two multisystem mitochondrial diseases caused by mitochondrial DNA deletions

E. Martín Hernández, M.T. García Silva, P. Quijada Fraile, A. Martínez de Aragón, A. Cabello, M.Á. Martín

460 Pediatric dermatology

Good response to the treatment of the hemangioma of Cyrano nose with propranolol

M. Valdivielso-Ramos, C. Mauleón, D. Velázquez, P. de la Cueva, A. Usano, J.M. Hernanz

463 Clinical notes

Bilateral congenital chylothorax: description and management

M. Casanova Cuenca, M. Suárez Rodríguez, M.J. Ferrández Berenguer, J.L. Quiles Durá

465 Cystic lymphangioma in unusual location

J. Fleta Zaragozano, L. Escartín Madurga, J.A. Fernández Gómez, R. Álvarez Alegret, A. Sáinz Samitier, J.L. Olivares López

468 Unilateral facial erythema in response to gustatory stimuli in an unweaned baby: Frey syndrome

C. Madrigal Díez

472 Letters to Editor

Supernumerary nipple: a cutaneous marker of renal, cardiovascular or hematologic anomalies?

B. Monteagudo, Ó. Suárez-Amor, E. León-Muiños, I. Carballeira, A. Corrales, A. Ramírez-Santos

474 Fifty years ago "Acta Pediátrica Española" published...

I. Villa Elízaga

477 Abstracts

I. Villa Elízaga

Qué debemos saber sobre el síndrome de alienación parental

F. Miralles Muñoz

Departamento de Psicología. Facultad de Medicina. Universidad CEU-San Pablo. Madrid

Resumen

El objetivo de este artículo es acercarnos a la necesaria información cuando nos encontramos con un síndrome de alienación parental (SAP). Se realiza una revisión de los conflictos que surgen entre los padres y los niños cuando están dentro de un proceso legal de separación, así como de las etapas del SAP según su gravedad y la edad del niño.

Palabras clave

Síndrome de alienación parental, divorcio, separación, alienación

Abstract

Title: What we should know about the parental alienation syndrome

The objective of this article is to approach to the necessary information whenever we discover a Parental Alienation Syndrome (SAP). We must make a review of all conflicts that have raised between parents and children, when those are going through a process of legal separation. We must review also the different phases of the SAP, depending on the seriousness of such a process and the age of the children

Keywords

Parental alienation syndrome, divorce, separation, alienation

Introducción

Cuando una pareja decide unirse y tener descendencia, es imposible que después puedan separar totalmente sus vidas al tener un hijo en común.

En el transcurso de una separación «cruenta», en la que ninguno de los dos progenitores desea tener una conversación «amistosa» con la «parte contraria», puede ocurrir que uno de ellos (padre alienador) quiera excluir al otro progenitor (padre alienado) del campo afectivo de su hijo mediante una programación psicológica del niño.

Este proceso alienador y sus consecuencias se denomina «síndrome de alienación parental» (SAP). En algunas ocasiones este síndrome es utilizado por el padre alienador para que su esposa que sufre violencia¹ no se separe de él; no obstante, hay otros estudios² que otorgan al sexo femenino el papel predominante de progenitor alienador. Debido a estas estrategias de humillación y desvalorización, el niño no deseará tener relación con el padre alienado.

Los pediatras saben que, en las parejas que han tenido hijos, las desavenencias entre los padres aumentan al entrar en juego el pequeño, los problemas que le rodean (económicos, emocionales, de salud, etc.) y la dependencia que tiene el hijo hacia los padres, por lo que habría que hablar de los límites de protección paternofiliales y la contraposición entre dependencia y autonomía en el proceso de maduración del hijo.

Los límites de protección paternofiliales engloban las necesidades de mantenimiento físicas (supervivencia) y las necesidades educacionales, que no son sólo las escolares, sino también las de introducir al menor en el escenario social adulto. Los padres, en principio, son la referencia de comportamiento del niño hasta que éste alcanza el desarrollo madurativo; posteriormente el niño puede generar antismodelos de ruptura con los padres.

La contraposición entre dependencia y autonomía en el proceso de maduración del niño se puede estudiar en las consultas de pediatría. Cuando existe una sobreprotección patológica de uno de los cónyuges sobre el niño, éste es más susceptible de desarrollar un SAP.

En términos psicológicos, también podríamos hablar de paternidad biológica, gracias a la cual el niño tiene todas sus necesidades biológicas cubiertas, y paternidad social, en la que los padres deben potenciar la autonomía del niño. El SAP se basa sólo en el mal desarrollo de la paternidad social.

Para que se llegue a producir un SAP, debe existir un maltrato psicológico del progenitor alienador sobre el hijo y el progenitor alienados. Este maltrato, aunque no deja huella física, sí deja huellas psicológicas, resultado de la estrategia general seguida por parte del padre alienador de manipulación progresiva sobre la mente del menor, basada en criticar y culpabilizar de todo tanto al niño como al padre alienado³. Además, la mala calidad de las primeras relaciones afectivas que se dan en

Fecha de recepción: 11/12/09. Fecha de aceptación: 16/12/09.

Correspondencia: F. Miralles Muñoz. Departamento de Psicología. Facultad de Medicina. Universidad CEU-San Pablo. Campus de Montepríncipe, edificio C. Correo electrónico: femiralles@cop.es

la familia no sólo es grave para el desarrollo emocional, sino que también afectará al desarrollo social del niño⁴.

No obstante, no existen en la actualidad herramientas que detecten con gran fiabilidad y suficiente validez si se está produciendo un SAP^{5,6}.

Pero sí se puede afirmar que el SAP lleva a la relación entre los padres (alienado y alienador) y al hijo alienado a la ruptura del contrato natural sobre la paternidad social.

Para detectar en los primeros estadios este tipo de maltrato, el pediatra debería indagar, buscando en el padre maltratador tres factores. En primer lugar, una actitud adultista por parte del padre alienador, es decir, trata al menor como si fuese un adulto, lo que le impide conectar emocionalmente con el hijo alienado. Esta actitud de adulto se puede observar también en el niño, en sus acciones y verbalizaciones. El segundo factor consiste en comprobar si el padre alienador se presenta como víctima de la trama urdida por él mismo e intenta culpabilizar tanto al niño como al padre alienado de su actual desgracia. Se pueden dar sobre el niño culpabilizaciones emocionales («eres malo»), intelectuales («eres tonto») y psicológicas («estás loco» o «eres muy raro»). Así se consigue una dependencia del niño hacia el padre alienador, puesto que el niño se cree inferior a los demás o tiene una gran incertidumbre en relación con su salud mental. Por último, el tercer factor es la observación de la neurosis obsesiva que vive el progenitor alienador al tener como primer objetivo en su vida alienar al hijo para hacer sufrir al progenitor alienado. Podemos afirmar que en este tipo de maltrato psicológico existe una manipulación de la mente del menor en contra del padre alienado y una privación de la necesidad evolutiva del menor de estar en contacto con sus dos progenitores.

Causas del SAP

Las siete causas más importantes⁷ del desarrollo del SAP son, en primer lugar, el deseo de venganza de la pareja (en la que se habían puesto grandes expectativas); en segundo lugar, el dominio del otro progenitor gracias al férreo control que tiene sobre el hijo, quien supuestamente hará claudicar al padre alienado; en tercer lugar, la venganza sociofamiliar a la que somete al otro cónyuge, al intentar aislarle de familiares y amigos hablando mal de él; en cuarto lugar, los celos de la antigua pareja, sobre todo si ésta tiene una nueva relación; en quinto lugar, la lucha por los privilegios obtenidos, dándose el caso de no dejar al padre alienado ver al hijo hasta que no cumpla todo lo pactado con anterioridad; las dos restantes las podemos incluir en los problemas psicológicos madurativos del padre alienador, que sería una persona egocéntrica e inmadura.

El padre alienador

Las características más importantes⁷ de la acción del padre alienador son siete:

1. Irreversibilidad y anulación del pasado. El alienador anula todo su pasado con el cónyuge y le da connotaciones negativas; eso hace que su salud mental se vaya debilitando y que avance de manera inexorable hacia un estado patológico de neurosis.
2. Búsqueda del control completo de toda la situación creada por él mismo, para lo cual ofrecerá continuas argumentaciones y dará órdenes al hijo alienado a fin de controlar sus emociones, en especial sus nuevas relaciones de amistad.
3. Considerar el crecimiento natural del hijo alienado como un enemigo. El padre alienador sabe que pueden aparecer otras personas que demuestren su trama neurótica mediante argumentos objetivos.
4. Monopolio de los cuidados parentales. El padre alienador cree que es el único capacitado para criar a su hijo, anulando toda posibilidad al padre excluido⁸.
5. Chantaje emocional, o victimismo. El padre alienador se presenta a sí mismo como perdedor en la anterior relación, en especial cuando el hijo hace algún comentario apoyando al padre alienado (sobre todo si hay regalos o consejos por parte de éste). En el padre alienado es «todo malo» y en el padre alienador es «todo bueno»⁹.
6. Necesidad de inculcar miedo al niño para que, a causa de su inestabilidad emocional, se acerque y tome como única referencia al padre alienador.
7. Negación a ultranza de que se está provocando un SAP.

Es importante conocer no sólo las características antes mencionadas, sino también los procedimientos que desarrolla el padre alienador. Los más frecuentes son los siguientes:

- Dar/imponer soluciones ante cualquier situación al hijo, en especial si tiene que ver con el padre alienado.
- Buscar una victimización tanto del hijo como de él mismo. Esta victimización está relacionada con una reinterpretación de los hechos en los que interviene el padre alienado y suele terminar con un final moralizador en el que, como siempre, el padre alienado se lleva la peor parte.

Existen otras acciones con las que podemos comprobar, de manera más objetiva, cómo el padre alienador intenta hacerse con el control psicológico del hijo. Por ejemplo, al impedirle el acceso a la información a la que tiene derecho con actos como no pasarle las llamadas telefónicas del padre alienado o interceptar el correo y el envío de paquetes. Otros ejemplos serían: organizar actividades a los hijos en los horarios en que el otro progenitor tiene el derecho de visitas; intentar devaluar cada vez más la imagen que los niños tienen del padre excluido, realizando críticas emocionales, desvalorizándolo e insultándolo delante de los hijos; implicar al entorno en la trama psicológica para que se sienta solo, mostrarle como perturbador de la salud familiar, desvalorizar sus regalos, ideas, compras y todo lo que tenga que ver con él; impedir la posible defensa que pueda hacer cualquier persona del padre alienado intentando excluirle de su reducido círculo de amistades y, por último, una de las acciones más graves es acusarle de abusos sexuales. No hay que olvidar acciones cuyo objetivo es la anu-

lación del padre alienado, como destruir fotografías o cualquier material en el que éste aparezca, o tomar decisiones importantes de manera unilateral, como los cambios de colegio. Se han descrito casos en que, ante una enfermedad grave, se otorga a los hijos el rol de protectores del padre alienador ante el padre alienado. El objetivo final del SAP es que «el hijo sea el que aliene al padre excluido, incluso con faltas de educación y malos tratos físicos o psicológicos», si intenta dar otro punto de vista o simplemente defenderse de las acusaciones. En la mayoría de los casos, la falsedad de estos hechos es defendida por algún investigador¹⁰, y muchos padres han tenido que demostrar ante un juez su inocencia, que casi siempre se ha verificado con posterioridad⁹.

El hijo alienado

El niño, por su parte, intenta seguir la alienación sobre el padre excluido para dar una mínima organización a su vida emocional, sin saber que todo lo que haga contra el padre excluido le pasará factura en un futuro próximo.

Una de las acciones más importantes es la débil justificación sobre la situación de ruptura con el padre excluido. El niño está completamente «seguro» de sus sentimientos de odio hacia el padre excluido, sus familiares, amigos y entorno, pero carece de justificación moral para ese odio.

Las acciones más importantes pueden ser el uso de justificaciones débiles contra el padre excluido, así como la falta de juicio moral y de argumentaciones profundas y éticas, llegando al caso de que los hijos no sepan el origen de la situación de ruptura. Puede ocurrir que un niño esté completamente «seguro» de sus sentimientos de odio hacia el padre excluido y sus familiares, amigos y entorno, pero sin argumentaciones sólidas. También se dan casos de lucha continuada por la aprobación del padre alienador con actitudes, frases y palabras técnicas imposibles de ser aprendidas por un niño en una situación normal.

Estadios evolutivos del SAP según su gravedad

Para estudiar el SAP, podemos estructurarlo en tres estadios: estadio I, ligero o de rechazo leve; estadio II, medio o de rechazo moderado, y estadio III, grave o de rechazo intenso²⁻⁷:

- En el estadio I ni el padre excluido ni el hijo alienado conocen las intenciones del alienador. En esta primera fase empiezan las críticas hacia la pareja, que puede seguir viviendo en el hogar familiar, y se hacen comentarios negativos sobre sucesos anteriores que hasta entonces parecían no tener importancia. Tanto el hijo como el padre excluido empiezan a captar un comportamiento alterado del padre alienador.
- En el estadio II el objetivo de excluir al progenitor se va consolidando y aparece el pensamiento absoluto hacia el

hijo de «conmigo o contra mí», «todo o nada». Empieza la búsqueda de adeptos por parte del alienador entre familiares y amigos.

- En el estadio III el objetivo último que se persigue es la exclusión total del padre alienado, en especial por parte del hijo, que no querrá saber nada del padre excluido, e incluso utilizará, como ya se ha comentado, el maltrato verbal o físico hacia él. Es importante que los pediatras detecten que, con frecuencia, los niños desarrollan crisis de ansiedad y ataques de pánico. En esta última etapa se pueden verter acusaciones falsas de abusos sexuales por parte del padre alienado hacia el hijo, para tener algún argumento a favor del alienador que influya en las actuaciones y decisiones judiciales⁹.

Periodos evolutivos del SAP según la edad del niño

El SAP se da sobre todo en niños de 7-14 años de edad, y predomina en el intervalo de 11-14 años². El pediatra puede observar que existen cuatro periodos según la edad de los niños:

- El primer periodo se da en niños menores de 7 años⁷, aunque se han descrito casos incluso en niños de 3 años. Se caracteriza por la inestabilidad emocional de los menores. Se sienten abandonados y toman como única referencia al padre alienador, del que tienen una elevada dependencia. Estos niños suelen presentar inseguridad, baja socialización y baja resistencia a la frustración, conductas más infantiles de las que les corresponden y episodios puntuales de conductas violentas. Aparecen también otras patologías psicológicas, como fobias, ansiedad generalizada y crisis de angustia. Pueden llegar a la adolescencia sin tener estrategias para superar ciertas frustraciones debido a la violencia psicológica que han sufrido³.
- En el segundo periodo se encuentran los niños de 7-11 años. En esta fase, los niños empiezan a recordar acontecimientos que han sucedido en los años anteriores al desarrollo del SAP. Aparece el conflicto cognitivo, ya que por un lado sienten un rechazo hacia el padre excluido y, por otro, recuerdan momentos agradables con él. En ocasiones surge la «falsa memoria», en la que el niño niega experiencias positivas vividas con el padre alienado⁹. Para autoprotegerse de esta disonancia cognitiva, el niño puede radicalizar las actitudes de rechazo hacia el padre excluido. En este periodo la defensa más importante del padre excluido es no hacer caso de las afirmaciones de exclusión del niño y «sembrar la duda» ante las acciones y verbalizaciones de rechazo. Esta semilla de duda será importantísima pasado el tiempo, ya que la disonancia del pensamiento del niño a medida que va madurando le hará reflexionar sobre sus vivencias anteriores y revisar sus acciones y creencias negativas hacia el padre excluido⁷.
- Al tercer periodo llega el niño al cumplir los 12 años, puesto que adquiere el derecho legal a declarar ante el juez. Ante este importante cambio, el padre alienador instruye al niño sobre las afirmaciones que debe hacer ante el juez y los pe-

ritos psicólogos. En ocasiones, el padre alienador solicitará además informes al pediatra para influir en las decisiones del juez. Es normal que tanto el padre alienador como el alienado estén nerviosos ante estos profesionales, que pueden llegar a descubrir la trama.

- El cuarto y último periodo se presenta cuando el niño empieza la adolescencia e inicia un intercambio de información confidencial con sus amigos, lo que le permite obtener datos más objetivos. Si tiene pareja, además, adquiere una visión general de las complicaciones que pueden existir en las relaciones amorosas.

Todo ello influirá en el joven alienado, que irá teniendo otra visión más objetiva de las relaciones con el padre excluido. El pediatra no debería olvidar que en estas edades existe un importante enfrentamiento con los padres, y el padre alienador es el objetivo fundamental de este enfrentamiento. Cabe destacar que, cuando el niño empieza a «objetivizar» su anterior relación con el padre excluido, siente vergüenza de la actitud que tuvo hasta ese momento y teme la respuesta del padre excluido en caso de atreverse a realizar un acercamiento hacia él. Por lo que respecta a la actitud del padre alienado, conviene que sea la más comprensiva posible, y deberá seguir sembrando incertidumbre sobre los pensamientos negativos que el hijo siga teniendo hacia él.

Las actitudes ridiculizadoras y despectivas del padre alienado hacia el padre alienador serán tomadas por el hijo como una revancha hacia ese progenitor, interviniendo negativamente en la relación entre padre e hijo alienados.

Procedimiento para la evaluación y el diagnóstico del SAP

A continuación se presenta uno de los procedimientos que más se utilizan en España para la evaluación y el diagnóstico del SAP. Es importante tener en cuenta que ciertos investigadores afirman que este síndrome está mejor definido que algunos de los que se encuentran en el DSM-IV¹⁰. Otros han afirmado que habría que incluirlo en el mismo nivel de los trastornos de la personalidad como un trastorno de la relación¹¹; sin embargo, otros investigadores se decantan por la idea contraria, afirmando que no hay pruebas empíricas para confirmar la etiología del SAP y poniendo en duda incluso que el SAP sea un síndrome⁶.

Este procedimiento se divide en cuatro fases: la primera fase consiste en una entrevista al padre que no tiene la custodia, la segunda en una entrevista a los hijos, la tercera fase se basa en la entrevista al padre que tiene la custodia, y en la cuarta se realiza un estudio pormenorizado de los datos obtenidos para hacer el diagnóstico y el informe escrito al padre o profesional que ha solicitado el informe. Suele ser habitual realizar una segunda ronda de entrevistas siguiendo el mismo orden para ratificar y ampliar la información obtenida.

Durante la primera entrevista al padre que no tiene la custodia, y que normalmente ha presentado una denuncia por SAP, se le pregunta en especial cómo era la relación paterno-filial antes de la separación matrimonial (fecha en la que cree que la actitud del niño empezó a cambiar) y la descripción pormenorizada de las expresiones y conductas del hijo hacia el padre entrevistado. Es importante que en esta fase se reflejen por escrito las conductas y las expresiones del otro progenitor, ya que serán uno de los puntos básicos para poder basar el diagnóstico del SAP. También deberá incluirse la situación legal actual.

En la segunda entrevista con el hijo se intentará que éste haga una descripción libre de cada uno de los padres, que exprese sus sentimientos y fantasías hacia cada uno de ellos. Es importante que informe de los datos de las visitas y los contactos con el padre que no tiene la custodia.

La tercera entrevista se le hace al padre que tiene la custodia, y en ella se especificarán los datos sobre la relación mantenida con los hijos y con el otro progenitor antes, durante y después de la separación, cuál es la situación legal actual, la descripción de los momentos en que el otro progenitor recoge y devuelve a los hijos de sus encuentros, qué piensa y siente de la situación actual y, sobre todo, qué estaría dispuesto a cambiar para que la relación entre todos no sea tan tensa.

Una vez terminada esta última entrevista, el equipo que evalúa la situación debería emitir un informe por escrito del proceso que se ha seguido, así como el diagnóstico y las medidas que se pueden tomar para mejorar la situación actual. Si el SAP está en fase III, la actuación debe ser inmediata, al estar muy arraigado en el niño; si el SAP se encuentra en fase I o II, se dispone de un plazo más largo de acción.

Respecto a quién debería asumir la realización del estudio, el diagnóstico y el informe final, creo que, como apuntan algunos investigadores¹², debería ser un equipo multidisciplinar en el que participen profesionales del derecho (abogados), de la medicina (médicos especialistas en pediatría) y de la psicología (psicólogos clínicos), aportando cada uno el conocimiento específico de su especialidad; de este modo el informe será más riguroso y objetivo. No hay que olvidar que el SAP se convierte en un síndrome jurídico-familiar cuando entra en contacto con el sistema legal¹², y su gravedad aumenta con el paso del tiempo. Cabe apuntar que, si se realiza una terapia psicológica con el niño antes de la fase III del SAP, ésta puede obtener buenos resultados; no sucede lo mismo en la fase III, al estar el SAP demasiado arraigado en el niño.

Conclusiones

Como se ha descrito en este artículo, el SAP se basa en la ruptura del contrato natural que todo padre tiene con su hijo, que le obliga a proporcionarle los cuidados oportunos y ayudarle a ser más independiente. En el SAP el padre alienador desea que el hijo sólo sienta y piense como él; por ello, el

pediatra se tiene que fijar tanto en las verbalizaciones del niño (que no se corresponden con su desarrollo mental, pues están basadas en frases de adultos), como en que éste se presenta como un adepto incondicional del padre alienador, sobre todo por el miedo que tiene a enfrentarse a la persona de la que depende.

El SAP se puede dividir en tres fases según su gravedad. La más grave es la fase III, en la que es muy difícil obtener buenos resultados con la intervención psicológica; en esta fase se pueden administrar terapias coercitivas al padre alienador. No obstante, como en cualquier síndrome basado en el desarrollo de la persona, éste irá remitiendo a partir de la llegada de la adolescencia al tener el joven relaciones con otras personas que le hacen «objetivizar» sus ideas irracionales sobre el padre anteriormente excluido.

Para finalizar, y siguiendo las indicaciones de Bolaños², para facilitar el cambio de roles sería conveniente identificar a los padres que intervienen en el SAP como «padre aceptado», en lugar de «padre alienador», y «padre rechazado», en lugar de «padre alienado».

Bibliografía

1. Escudero A, Aguilar L, De la Cruz J. La lógica del síndrome de alienación parental de Gagner (SAP): «terapia de la amenaza». *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2008; 102: 283-305.
2. Bolaños Cartujo JI. Estudio descriptivo del síndrome de alienación parental en procesos de separación y divorcio. Diseño y aplicación de un programa piloto de mediación familiar [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2000.
3. Aguilar JM. Interferencias de las relaciones paternofiliales. El síndrome de alienación parental y las nuevas formas de violencia contra la infancia. *Psicología Educativa.* 2007; 2: 101-116.
4. Vallejo R, Sánchez-Barranco F, Sánchez-Barranco P. Separación o divorcio: trastornos psicológicos en los padres y los hijos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2009; 92: 91-113.
5. Clarkson H, Clarkson D. Confusion and controversy in parental alienation. *J Soc Welfare Family Law.* 2007; 3-4: 265-275.
6. Richard B. The lingering debate over the parental alienation syndrome phenomenon. *J Child Custody.* 2007; 4: 37-54.
7. Luengo D, Coca A. Hijos manipulados tras la separación. Barcelona: Viena, 2007.
8. De la Cruz AC. Divorcio destructivo: cuando uno de los padres aleja activamente al otro de la vida de sus hijos. *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología.* 2008; 1: 149-157.
9. Gardner RA. The relationship between the parental alienation syndrome (PAS) and the false memory syndrome (FMS). *Am J Fam.* 2004; 32: 79-99.
10. Gardner RA. Comments on Carol S. Bruch's article. Parental alienation syndrome and parental alienator: getting it wrong in child custody cases. *Family Law Quarterly.* 2001; 35: 527-552.
11. Kupfer D, First M, Regier D. Agenda de investigación para el DSM-V. Barcelona: Masson, 2004.
12. Bow JN, Gould JW, Flens JR. Examining parental alienation in child custody cases: a survey of mental health and legal professionals. *Am J Fam Ther.* 2009; 37: 127-145.