



# ACTUACIÓN ANTE LOS DILEMAS ÉTICOS EN LA CONSULTA TRAS DIVORCIO. PAPEL DEL MENOR SEGÚN EDAD Y NIVEL DE MADUREZ

## ACTION BEFORE ETHICAL DILEMMAS IN THE CONSULTATION AFTER DIVORCE. ROLE OF THE MINOR ACCORDING TO AGE AND LEVEL OF MATURITY

MARIANO LEAL HERNÁNDEZ<sup>1</sup>, JAVIER NAVARRO-ZARAGOZA<sup>2</sup>, MARÍA FALCÓN<sup>1</sup>, FRANCISCO CARRILLO NAVARRO<sup>1</sup>, AURELIO LUNA<sup>1</sup>

1. Área de Medicina Legal y Forense, Departamento de Ciencias Socio-sanitarias, Universidad de Murcia

2. Área de Farmacología, Departamento de Farmacología, Universidad de Murcia

Enviar correspondencia a:

Javier Navarro Zaragoza

Dpto. Farmacología.

CP 30100, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.

Teléfono: 868889286

Fax: 868884150

### RESUMEN:

#### Palabras clave:

Divorcio, custodia, menor, información, decisiones.

Recibido: 24/04/2020

Aceptado: 09/08/2020

En los últimos años el número de divorcios ha ido aumentando, siendo en ocasiones, para el paciente pediátrico, el divorcio de sus padres un elemento traumático. Nuestro objetivo fue analizar los conflictos éticos que se producen en la relación sanitaria médico-padres-hijo y de forma más específica en niños procedentes de separación/divorcio. Se realizó un estudio descriptivo mediante una encuesta compuesta de 39 ítems. Previamente se realizó un análisis bibliográfico exhaustivo de artículos relacionados. Nuestros resultados muestran que solo el 35% de los pediatras ha recibido formación en bioética pese a su importancia en la práctica diaria. Sobre otras cuestiones, la mayoría (57,5%) no retiraría el tratamiento de un paciente enfermo pese a que aumentara su calidad de vida, y actuaría ante una decisión equivocada de los padres (82,5%). Dan poco valor a las decisiones del menor (6,05%), raramente informados exclusivamente (5%). En cambio, se les informa primero en un 20% de los casos y en el 90% se les implica. Respecto a los progenitores, el 17,5% de las madres son informadas en exclusiva, nunca los padres. La ética tiene un valor intrínseco muy importante en las decisiones clínicas habituales, respetándose generalmente las normas y adaptándose a la situación particular de cada niño/a. En los casos en los que hay un conflicto importante, como divorcios, es importante conocer a quién se debe informar, y qué derecho tiene cada uno a decidir. Aún resulta difícil para algunos pediatras aplicar la ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.

**ABSTRACT:****Keywords:**

divorce, custody, minor, information, decisions.

Lately, number of divorces is increasing, nevertheless, a parents' divorce can become a traumatic problem for paediatric patients. Consequently, the aim of this study was to analyze the ethical conflicts that appear in the relationship between physician/parents/son/daughter, and more specifically those that a divorce generates. A descriptive study was developed through a survey composed by 39 items. Previously, an exhaustive bibliographic analysis was carried out. Our results show that only 35% of paediatricians interviewed have been educated in bioethics although this issue is important in daily practice. Other items show that 57,5% would not cancel a pharmacological treatment in order to improve quality of life. Also, they would react against a wrong parents' decision (82,5%). They give low value to the minor's decision (6,05%), and rarely inform exclusively to adolescents (5%). In contrast, paediatricians sometimes ask to adolescents (20%) in first place and involved them to decide in 90% of cases. Besides, there are differences in the relation with fathers and mothers, 17,5% of mothers are informed exclusively, a fact that never happens with fathers. Ethics has an intrinsic value very important in daily clinical decisions in order to respect the rules and to adapt them to the situation of every paediatric patient. When an important ethical conflict become, as a divorce is, it is essential to know who must be informed and the rights everyone has to make a decision. It is complicated to the paediatricians yet to develop 41/2002 law for Patient's autonomy.

**Introducción**

La existencia o no de dilemas éticos<sup>1</sup> en la toma de decisiones clínicas está en estrecha relación con las situaciones donde existen distintas opciones terapéuticas, o cuando el resultado de una decisión concreta supone un riesgo objetivo para la salud del menor<sup>2</sup>. Cuando las opciones son muy claras o sólo existe una posibilidad razonable de decisión, el conflicto desaparece<sup>3</sup>. Estos conflictos son muy frecuentes en la práctica clínica de cualquier médico, un ejemplo de ello es el caso de niños y niñas cuyos padres están divorciados y comparten la custodia de sus hijos<sup>4</sup>, pues se producen situaciones donde decidir puede ser un problema.

En este sentido, no se debe confundir la custodia legal con la patria potestad. Pese a que la custodia monoparental (custodia no compartida) es la solución habitual en países de cultura latina, los progenitores

siguen teniendo ambos la patria potestad sobre los hijos. Esta modalidad de custodia consiste en que, en caso de divorcio, cualquiera que fuera la causa del mismo, se concede la custodia<sup>5</sup> a uno de los padres<sup>6</sup>, confiriéndose al otro el derecho de visitas y el pago de los alimentos. En algunos casos, esta solución del conflicto postconyugal resulta satisfactoria para las tres partes involucradas: hijos o hijas, madre y padre<sup>7</sup>. Pero hay muchos otros casos en los que fracasa, generando problemas tales como la falta del pago de los alimentos<sup>8</sup>, el alejamiento del padre visitante, un síndrome de alienación parental en los menores y el dolor de éstos por no contar con uno de sus progenitores.

Es por ello, que surge la opción denominada custodia compartida, concepto que implica que ambos pa-

5 González, M.E. *Modelos de guarda y custodia. Síndrome de Alienación parental. Biblioteca básica de práctica procesal*. Ed. Bosch, Madrid, 2010.

6 Cancian, M., Meyer, D.R. "Who gets custody?". *Demography*. 1998; 35: 147-157.

7 Carlsund, A., Eriksson, U., Sellström, E. "Shared physical custody after family split-up: implications for health and well-being in Swedish schoolchildren". *Acta Paediatric*. 2013; 102: 318-323.

8 Carlsund, A., Eriksson, U., Löfstedt, P., Sellstrom, E. "Risk behaviour in Swedish adolescents: is shared physical custody after divorce a risk or a protective factor?" *European Journal of Public Health*. 2013; 23: 3-8.

1 Vasinova, M. "Ethical dilemmas in pediatrics". *Medicine and Law*. 2000; 19: 569-589.

2 Nooman, J.A. "Ethical considerations of some biologic dilemmas". *Southern Medical Journal*. 1973; 66: 936-939.

3 Luna Maldonado, A. "Conflictos ético-legales en endocrinología pediátrica". *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*. 2010; (Suppl 1): 7-10.

4 Tichenor, V. "Fathers". *Fathering*. 2010; 8: 182-202.

dres siguen sosteniendo y educando a sus hijos pese al divorcio. En el caso de la custodia compartida<sup>9</sup>, hay una circunstancia en la que no hay ningún conflicto que es "la situación de urgencia"<sup>10</sup> donde están legitimados a intervenir cualquiera de los dos progenitores. Este es el caso, en algunas ocasiones, de problemas relacionados con la práctica médica, donde el padre o la madre deben decidir junto con el pediatra o el médico correspondiente. Se debe tener en cuenta que las fuentes de incertidumbre en la clínica son muy variadas y están en relación, entre otros muchos factores<sup>11</sup>, con la ausencia de criterios científicos claros e incontestables, la posibilidad de más de una interpretación sobre la respuesta adecuada a la luz de valores contrapuestos, y el equilibrio entre las diferentes opciones terapéuticas.

Además, en aquellos casos en los que el menor de edad tiene una edad entre 12 y 16 años, no así en menores de 12 años, es un deber del médico informar también al adolescente pues, en caso de que tenga madurez suficiente, éste puede decidir, aunque el consentimiento final corresponde a los padres<sup>12</sup>. Sin embargo, la opinión del menor, será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y grado de madurez<sup>13</sup>. Respecto a esta decisión por parte de los representantes, según consta en el artículo 163 del código civil, siempre que en algún asunto el padre y la madre tengan un interés opuesto al de sus hijos no emancipados, se nombrará a éstos un defensor que los represente en juicio y fuera de él. Se procederá también a este nombramiento cuando los padres tengan un interés opuesto al del hijo menor emancipado cuya capacidad deban completar. Si el conflicto de intereses existiera sólo con uno de los

progenitores, corresponde al otro por Ley y sin necesidad de especial nombramiento representar al menor o completar su capacidad<sup>14</sup>.

Es importante aclarar que se dan algunas excepciones, como cuando el menor que deba considerarse maduro (paciente entre 12 y 16 años con esta capacidad conferida, mayor de 16 años, o menor emancipado) se niega a una transfusión de sangre u otra intervención médica con grave riesgo para su vida o salud, si los representantes legales tienen un criterio diferente, se aplicará el artículo 9.3 de la ley 41/2002, realizándose la intervención, sin necesidad de decisión del Juez. No obstante, siempre que la situación no sea de urgencia, se aconsejará para no deteriorar el principio de autonomía del menor, plantear el conflicto ante el Juez de Guardia, de forma directa o a través del Fiscal<sup>15</sup>.

Por tanto, entran otros factores en juego que hacen aún más complicado para el médico el papel de informador, mediador y consejero en la toma de las decisiones por parte de los pacientes y sus familiares. Respecto a aquellos pacientes menor de edad emancipados, o con más de 16 años, salvo que estén incapacitados, lo que según la ley 41/2002 sucede cuando no haya sido modificada su capacidad de decisión judicialmente, y cuando el menor no esté afectado intelectualmente ni emocionalmente para poder llegar a una decisión, le corresponde a ellos y ellas la decisión, salvo como hemos dicho, que su vida corra peligro y a juicio de los facultativos, corresponda a los representantes legales la decisión, una vez oída la opinión del menor<sup>16</sup>.

Por contra, en aquellos casos en los que los pediatras consideren que la decisión adoptada por el representante legal del paciente menor de edad resultase contraria a la vida o al mayor beneficio del propio paciente, se recomendará que estos hechos se pongan en conocimiento de la autoridad judicial, o directamente o mediante la Fiscalía para que adopte la resolución correspondiente, salvo que por razones de urgencia fuera imposible que el juez autorizara. En estos casos

9 Pruet, M.K., Hoganbruen, K. "Joint custody and shared parenting. Research and interventions". *Children Adolescent Psychiatric Clinic*. 1998; 7: 273-294.

10 Luna Maldonado, op.cit., 3.

11 Ibid.; 10.

12 Berro Rovira, G. "El consentimiento del adolescente: sus aspectos médicos, éticos y legales". *Archivos de Pediatría del Uruguay*. 2000; 72: 45-49.

13 B.O.E. Artículo 6.2 del INSTRUMENTO de Ratificación del 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 (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997.

14 Código Civil, artículo 163

15 Circular 1/2012 Fiscalía General del Estado

16 B.O.E. Art. 9.4 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, de autonomía del paciente.

los facultativos adoptarán las medidas necesarias para salvaguardar la vida o la salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad<sup>17</sup>. Y es que la representación ha de ser siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El menor debe participar en la toma de decisiones, incluso si fuera una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo necesarias<sup>18</sup>.

Son múltiples las situaciones de decisión en torno a los menores, existiendo una legislación extensa, y se han publicado pocos datos acerca de los conflictos éticos en la toma de decisiones sobre los hijos en el entorno asistencial sanitario en divorcios con custodia compartida. Es importante conocer a quién se debe informar, quién tiene la palabra final para tomar una decisión, en definitiva, qué debe hacer el pediatra y qué conocimiento tiene de ello. Por este motivo, el objetivo principal de este trabajo fue estudiar los conflictos éticos que se producen en la relación sanitaria médico-padres-hijos procedentes de separación/divorcio en la modalidad de custodia compartida en la práctica asistencial, así como conocer la formación bioética recibida por los pediatras y su papel en la toma de decisiones e información en la consulta médica. Por último, quisimos conocer la aplicación de la Ley 41/2002 para la información sobre su salud a menores con madurez suficiente para decidir.

## Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo que pretende analizar los conflictos éticos en general que se producen en la relación sanitaria médico-padres-hijo/a con una parte específica para niños y niñas procedentes de divorcio en la modalidad de custodia compartida en la práctica asistencial del médico/a especialista en pediatría del Servicio Murciano de Salud. El estudio se realizó en el ámbito del Servicio Murciano de Salud.

La encuesta está formada por 39 ítems sobre datos generales del encuestado, análisis de los conocimientos

generales en bioética y derechos del niño, estudio de la opinión y actuación ante dilemas éticos varios, y relacionados con la custodia general y compartida.

Además, los criterios de inclusión de los participantes fueron: médicos pediatras con actividad clínica asistencial. Y como criterios de exclusión: que no desearan participar en el estudio.

El procedimiento para hacer la encuesta fue mediante contacto directo o por vía telefónica con los encuestados ofreciéndoles una breve explicación y enviándoles los enlaces de la plataforma web, para que contestaran el cuestionario a través de su dispositivo móvil u ordenador de sobremesa.

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS v19.0, calculándose frecuencia, porcentaje y distribución de las respuestas dadas en cada una de las preguntas. La fiabilidad del cuestionario se evaluó a través del análisis de su consistencia interna por el cálculo del coeficiente del alpha de Cronbach. Un alpha igual o mayor a 0.70 es considerado como satisfactorio. En el presente trabajo se obtuvo un valor de 0.87. También se le aplicó una correlación bivariada entre todas las variables así como un análisis de componentes principales con rotación Varimax.

## Resultados

En primer lugar, se muestran los datos globales de la encuesta que fue contestada por 40 médicos cuya edad media fue de  $48,9 \pm 5,6$  años y los datos sociodemográficos (Tabla 1). El tiempo medio de ejercicio profesional de los encuestados fue de 21,82 años. No hay diferencias significativas entre las distintas variables sociodemográficas y los resultados del estudio.

Los ítems siguientes versaron sobre los conocimientos en bioética y derechos del niño de los encuestados. Nuestros resultados mostraron que solo 14 (35%) de los médicos encuestados había recibido formación específica en bioética mediante la realización de algún curso de actualización o de formación continuada. Se completó esta pregunta con otra acerca de la valoración que hacían estos profesionales de si los conocimientos bioéticos son importantes para el ejercicio profesional.

<sup>17</sup> B.O.E. Art. 9.6 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, de autonomía del paciente.

<sup>18</sup> B.O.E. Art. 9.7 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, de autonomía del paciente.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la muestra entrevistada.

Sexo	Hombres	Mujeres		Total
	19 (47,5%)	21 (52,5%)		40 (100%)
Ejercicio médico	At. primaria	Hospital	Mixto	
	26 (65%)	6 (15%)	8 (20%)	
Estado civil	Casado	Soltero	Pareja hecho	
	28 (70%)	9 (22,5%)	3 (7,5%)	
Religión	Católica	Otra	Ateo/a	
	33 (82,5%)	1 (2,5%)	6 (15%)	
Practicante	Sí	No		
	27 (67,5%)	13 (32,5%)		

En esta ocasión, la valoración media de los encuestados fue de 6,92 puntos sobre 10 puntos.

La media obtenida para la valoración de los conocimientos profesionales de los médicos sobre los derechos de la infancia fue de 5,08 puntos sobre 10 puntos. Esta adquisición de conocimientos sobre los derechos de la infancia resultó principalmente de la información obtenida a través de prensa, revistas y otros medios de comunicación (45%), además de debida a su experiencia en la práctica profesional (42,5%). Tres de los encuestados sí reconocieron haber consultado la legislación vigente (7,5%), mientras que otros 2 profesionales adquirieron esa información por otros medios distintos a los propuestos.

A continuación, se requirió a los encuestados su opinión sobre distintas actuaciones llevadas a cabo en la práctica diaria al producirse dilemas éticos varios. Los resultados obtenidos muestran que la mayor parte de los médicos encuestados (40%) afirmaron que suelen actuar como si el paciente fuera su hijo, mientras que el resto se divide entre actuar de la manera que más se ajuste a las creencias y la ética familiar del niño (30%) u otra manera diferente a las expuestas (30%). En cambio, para establecer el interés legítimo del menor, se apoyan en razones éticas (50%), en la legislación vigente (45%) y, mínimamente, en la opinión de sus padres (5%).

La importancia que juega la ética en las decisiones que se suelen plantear en la práctica médica habitual obtuvo una puntuación media de 7,53 puntos al ser valorado de 0 a 10 puntos por los participantes en el estudio. A continuación, se valoró la importancia de distintos

derechos fundamentales de los niños, siendo el derecho más valorado por los médicos, el derecho a la salud biológica (integral) con 9,74 puntos sobre 10; seguidamente, en orden de importancia se consideró el derecho a una buena nutrición con 9,61 puntos, y finalmente, el derecho a la libertad obtuvo solo 5,66 puntos.

En cuanto a los conflictos éticos propiamente dichos, nuestros resultados mostraron por ejemplo, que ante la posible retirada de un tratamiento farmacológico a un niño o niña enfermo con la finalidad de mejorar su calidad de vida, los médicos participantes en el estudio, de una forma mayoritaria (57,5%), no retirarían el tratamiento si se tratara de la opción terapéutica elegida ante una patología grave aunque ello contribuyera a mejorar su calidad de vida y lo pidieran los padres. Sí que lo retirarían el 10% de los participantes. En cambio, no tienen una respuesta definida un 32,5% de los encuestados.

Otra situación complicada que se suele generar en la consulta médica es la comunicación de un diagnóstico médico, siendo un conflicto ético elegir a qué persona se le traslada la información. Nuestros resultados mostraron que en el 77,5% de los casos se comunica toda la información sobre la enfermedad y los posibles tratamientos farmacológicos a cualquiera de los padres, incluso a los abuelos, es decir, a todos los que acuden con el niño o la niña a la consulta. Un 17,5% de los casos se comunicó a la madre, no ocurriendo esto con el padre de forma única pese a tratarse de regímenes de custodia compartida. En cambio, la comunicación exclusiva con el niño o niña mayor de 12 años solo es realizada en el 5% de los casos.

En caso de un niño/a de 12 años de edad con custodia compartida en el que apareciese una enfermedad grave, los pediatras prefieren informar de forma conjunta al padre y a la madre (40%), o en su defecto a la madre (40%), solo un 20% lo haría primero al niño y ninguno de forma exclusiva al padre.

En relación a lo anteriormente planteado, se incluyó una pregunta en la encuesta para conocer si se suele implicar a los menores que ya son considerados con madurez suficiente. La opinión fue positiva para un 90% de los encuestados. Se valoró la importancia de una decisión llevada a cabo por pacientes menores más maduros aunque influenciados por sus padres en régimen de custodia compartida, y el valor obtenido fue de 6,05 puntos sobre 10.

En relación con el papel que juegan los padres con custodia compartida en la salud y las decisiones terapéuticas de sus hijos, nuestros resultados mostraron que el 82,5% de los pediatras intervendrían ante una decisión equivocada de los padres, no existiendo ninguna respuesta en sentido contrario. Un 55% de los encuestados lo comunicaría al juez de guardia, un 27,5% lo comunicaría al fiscal de menores, y finalmente, un 17,5% llevaría a cabo otras actuaciones. Ninguno de los participantes dejaría de realizar acciones ante esta situación.

Respecto a la posibilidad de ejercer profesionalmente en la consulta respetando el derecho a la información se valora con una media de 8,44 puntos sobre 10. Es bastante habitual, como hemos comentado anteriormente, que se generen conflictos entre el padre y la madre cuando están divorciados en las decisiones terapéuticas de sus hijos. En este estudio obtuvimos que los principales problemas son relacionados con la confidencialidad (5,43 puntos sobre 10), acusaciones mutuas de abuso parental o maltrato a los niños y niñas durante el fin de semana (5,38 puntos) o el hecho de no acudir a las revisiones (4,46 puntos). Estos resultados son superiores a los obtenidos para hijos e hijas de padres no divorciados: problemas de confidencialidad (4,38 puntos), no acudir a las revisiones (4,35 puntos) y en este caso, aparece un nuevo conflicto como es la solicitud al facultativo de nuevas pruebas complementarias agresivas (3,92 puntos).

## Discusión

Desde hace unos años, exactamente con fecha 29 de Abril del año 2013, el Tribunal Supremo estableció por sentencia (257/2013) que la custodia compartida debía de dejar de ser una excepción. El tribunal señala que este tipo de custodia debe considerarse "normal e incluso deseable" porque salvaguarda el derecho de los hijos a "relacionarse con ambos progenitores", sentando jurisprudencia. La redacción del artículo 92 no permite concluir que se trate de una medida excepcional, sino al contrario, habrá de considerarse normal e incluso deseable, porque permite que sea efectivo el derecho que los hijos tienen a relacionarse con ambos progenitores<sup>19</sup>, aun en situaciones de crisis, siempre que ello sea posible y en tanto en cuanto lo sea.

En cambio, para algunos expertos la guarda y custodia compartida no parece la opción más adecuada cuando implica frecuentes cambios de residencia y entornos para los hijos<sup>20</sup> (es el caso de las custodias alternativas a uno y otro padre<sup>21</sup>) o cuando los padres tienen hábitos de cuidado y/o criterios educativos muy diferentes y cuando hay mucho enfrentamiento entre los padres<sup>22</sup>.

Todos estos cambios que han sufrido en los últimos años las leyes relacionadas con la custodia y los derechos de los menores han dificultado enormemente la labor asistencial de los pediatras puesto que no siempre es conocido cómo deben afrontar el acto de información a los distintos miembros de la familia.

Por tanto, el cambio que la ley 41/2002 acarreó en el tratamiento del paciente menor maduro en España debería estar totalmente instaurado en España, máxime en casos en los que los padres divorciados no se ponen de acuerdo, pero sin embargo, aún existe cierta cautela por parte de los pediatras para su aplicación, debido ello a

19 Aguilar, J.M. *Con mamá y con papá*. Ed. Almuzara, Madrid, 2006.

20 Callabed Carracedo J. "La separación y el divorcio: responsabilidades hacia los hijos y reflexiones éticas". *Bioética y pediatría. Proyectos de vida plena*. M de los Reyes López, M Sánchez Jacob. pp: 275-280. Ed. Ergon, Madrid, 2010.

21 Ramírez, M. *Cuando los padres se separan: Alternativas de custodia para los hijos*. Ed. Nueva Biblioteca, Madrid, 2003.

22 Bonet de Luna, C., Fernández, M., Chamón, M. "Depresión, ansiedad y separación en la infancia. aspectos prácticos para pediatras ocupados". *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2011; 13: 471-489.

distintas razones: no todos los menores de dieciséis años tienen la misma madurez (es un proceso universal, pero con diferencias individuales); consideran que tan importante como el elemento volitivo es el elemento moral y los factores psicosociales (elemento afectivo); el adolescente habitualmente rechaza las figuras de autoridad (padres, profesor, médico, etc.); los menores asumen más fácilmente los riesgos; se parte de una evidencia fundamentada en estudios antiguos y respecto de la capacidad de obrar de adolescentes de sexo masculino y no de sexo femenino; etc.<sup>23</sup>. Esta ley, además, considera adultos desde el punto de vista del tratamiento médico a los mayores de 16 años, sin embargo, para algunas decisiones como el aborto<sup>24</sup> existe controversia para valorar si las chicas deben contar con el consentimiento paterno. Curiosamente, sí existe unanimidad para su capacidad de adquisición de métodos de anticoncepción post-coital<sup>25</sup>.

El médico no siempre ha tenido claros los conceptos jurídico-legales como el de menor con madurez suficiente, la patria potestad, la ley de autonomía del paciente y el consentimiento informado, por poner algún ejemplo, y hoy en día es absolutamente necesario que los sanitarios tengan unos conocimientos jurídicos básicos aplicables a la práctica habitual que, por otra parte, es cada vez más exigente<sup>26</sup>.

Nuestros resultados sugieren la certeza de afirmaciones similares de otros autores<sup>27 28</sup> puesto que la valoración que los médicos y médicas hacen de las decisiones tomadas por menores con madurez suficiente, aunque influenciadas por sus padres divorciados, es de tan solo 6,05 puntos sobre 10. Además, en caso de una enfermedad grave no se suele informar primero al menor salvo en un 20% de los casos, y en caso de enfermedad común

solo se le informa de forma exclusiva en el 5% de los casos. Sí que es positiva la opinión sobre la implicación del menor puesto que el 90% de los médicos considera que se le debe involucrar en el proceso terapéutico, pero los resultados anteriores hacen muy importante una actualización de los conocimientos legislativos de los pediatras.

En relación con este problema, solo un 35% de los encuestados reconoce haber recibido, alguna vez en su vida, formación en bioética, lo que posiblemente se explica por la edad media de la muestra (48,9 años). Además, le otorgan una importancia de 6,92 puntos sobre 10 en la práctica diaria. Los participantes afirman que los derechos de la infancia tienen una escasa importancia para ellos (solo 5,08 puntos sobre 10) y que sus conocimientos en la materia provienen principalmente de la práctica profesional (42,5%), ya que solo el 7,5% afirma haber consultado la legislación vigente.

Algunos autores sugieren acerca de la lenta instauración de estos cambios aprobados en la Ley de autonomía del paciente en España, que sería debido a su carácter paternalista<sup>29</sup> en la práctica clínica. Nuestros resultados otorgan poca importancia al derecho a la libertad de decisión (5,66 puntos sobre 10), lo que destaca teniendo en cuenta que el derecho a la salud obtiene una puntuación de 9,74 puntos. Por tanto, podría pensarse que el pediatra medio en España es ligeramente contrario a la cesión del protagonismo en sus decisiones al menor, incluso siendo hijo/a de un matrimonio divorciado, y prefiere que las decisiones sean consensuadas con la familia, por lo que probablemente también suele optar por este tipo de comunicación.

El entorno familiar<sup>30</sup> también dificulta en gran medida el ejercicio médico y la toma de decisiones en la consulta del pediatra. En algunas ocasiones los padres trasladan sus conflictos a la terapéutica, por lo que algunos médicos optan por informar exclusivamente a la madre (17,5%), lo que nunca ocurre con el padre, aunque mayoritariamente siguen informando a los dos (77,5%), situación que sería la ideal. Como consecuencia de este conflicto en ocasiones se ahonda en la crisis discutiendo

23 de Montalvo Jääskeläinen, F. "Dilemas ético-legales que presenta la regulación de la capacidad del menor en el ámbito del tratamiento médico". *Pediatría Integral*. 2015; 19: 302-307.

24 Castellano Barca, G. "Atención al adolescente: aspectos éticos y legales". *Revista Española de Pediatría*. 2007; 63: 13-19.

25 Serrano Fuster, I. "Sexualidad y anticoncepción". *Revista Española de Pediatría*. 2007; 63: 84-94.

26 *Ibid.*; 20.

27 *Ibid.*; 20.

28 Ogando Díaz B, García Pérez C. "Consentimiento informado y capacidad para decidir del menor maduro". *Pediatría integral*. 2007; 11: 877-883.

29 Castellano Barca, G. op. cit., 20.

30 Marina, J.A. "El entorno familiar". *Pediatría integral*. 2012; 16: 414-417.

por petición de pruebas complementarias (tercera causa según nuestros resultados) o se llega a decisiones equivocadas. Afortunadamente, los pediatras mayoritariamente intervienen<sup>31</sup> denunciando estos hechos ante las autoridades competentes (82,5% de los encuestados). Finalmente, se ha de destacar también que nuestros resultados muestran que incluso en caso de una patología grave no se informa de forma exclusiva al padre, lo que hace pensar que en España sigue existiendo la creencia de que en caso de divorcio, la custodia se otorga a la madre, pese a la cada vez más presencia de la custodia compartida en nuestra sociedad.

En conclusión, podemos afirmar que la ética tiene un valor intrínseco importante en las decisiones clínicas habituales, respetándose generalmente las normas y adaptándose a la situación particular de cada niño y de cada niña. Sin embargo, un amplio porcentaje de los pediatras de nuestro país probablemente necesitan una actualización en la legislación vigente referente a las diferencias existentes en el trato con los pacientes menores de entre 12 y 18 años, según madurez y edad alcanzada, y a las nuevas situaciones generadas por la custodia compartida en la práctica clínica diaria.

## Bibliografía

- Aguilar, J.M. *Con mamá y con papá*. Ed. Almuzara, Madrid, 2006.
- B.O.E. Art. 9.4 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, de autonomía del paciente.
- B.O.E. Art. 9.6 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, de autonomía del paciente.
- B.O.E. Artículo 6.2 del INSTRUMENTO de Ratificación del 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 (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997.
- Berro Rovira, G. "El consentimiento del adolescente: sus aspectos médicos, éticos y legales". *Archivos de Pediatría del Uruguay*. 2000; 72: 45-49.
- Bonet de Luna, C., Fernández, M., Chamón, M. "Depresión, ansiedad y separación en la infancia. aspectos prácticos para pediatras ocupados". *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2011; 13: 471-489.
- Callabed Carracedo J. "La separación y el divorcio: responsabilidades hacia los hijos y reflexiones éticas". *Bioética y pediatría. Proyectos de vida plena*. M de los Reyes López, M Sánchez Jacob. pp: 275-280. Ed. Ergon, Madrid, 2010.
- Cancian, M., Meyer, D.R. "Who gets custody?". *Demography*. 1998; 35: 147-157.
- Carlsund, A., Eriksson, U., Löfstedt, P., Sellstrom, E. "Risk behaviour in Swedish adolescents: is shared physical custody after divorce a risk or a protective factor?" *European Journal of Public Health*. 2013; 23: 3-8.
- Carlsund, A., Eriksson, U., Sellström, E. "Shared physical custody after family split-up: implications for health and well-being in Swedish schoolchildren". *Acta Paediatrica*. 2013; 102: 318-323.
- Castellano Barca, G. "Atención al adolescente: aspectos éticos y legales". *Revista Española de Pediatría*. 2007; 63: 13-19.
- Circular 1/2012 Fiscalía General del Estado Código Civil, artículo 163.
- de Montalvo Jääskeläinen, F. "Dilemas ético-legales que presenta la regulación de la capacidad del menor en el ámbito del tratamiento médico". *Pediatría Integral*. 2015; 19: 302-307.
- González, M.E. *Modelos de guarda y custodia. Síndrome de Alienación parental. Biblioteca básica de práctica procesal*. Ed. Bosch, Madrid, 2010.
- Luna Maldonado, A. "Conflictos ético-legales en endocrinología pediátrica". *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*. 2010; (Suppl 1): 7-10.

31 Martínez González, C. "Papel del pediatra en la batalla del divorcio". Ed. Lúa, Madrid, 2016, pp: 33-37.



- Marina, J.A. "El entorno familiar". *Pediatría integral*. 2012; 16: 414-417.
- Martínez González, C. "Papel del pediatra en la batalla del divorcio". Ed. Lúa, Madrid, 2016, pp: 33-37.
- Noonan, J.A. "Ethical considerations of some biologic dilemmas". *Southern Medical Journal*. 1973; 66: 936-939.
- Ogando Díaz B, García Pérez C. "Consentimiento informado y capacidad para decidir del menor maduro". *Pediatría integral*. 2007; 11: 877-883.
- Pruett, M.K., Hoganbruen, K. "Joint custody and shared parenting. Research and interventions". *Children Adolescent Psychiatric Clinic*. 1998; 7: 273-294.
- Ramírez, M. *Cuando los padres se separan: Alternativas de custodia para los hijos*. Ed. Nueva Biblioteca, Madrid, 2003.
- Serrano Fuster, I. "Sexualidad y anticoncepción". *Revista Española de Pediatría*. 2007; 63: 84-94.
- Tichenor, V. "Fathers". *Fathering*. 2010; 8: 182-202.
- Vasinova, M. "Ethical dilemmas in pediatrics". *Medicine and Law*. 2000; 19: 569-589