

Implicaciones éticas en la atención al adolescente

Nerabearen arretarako implikazio etinade

I. Riaño Galán

Pediatra. Magister en Bioética. Presidente Comité Ética para la Asistencia Sanitaria. Hospital San Agustín (Avilés-Asturias)

La adolescencia es una etapa conflictiva de la vida humana. El adolescente ya no es un niño pero tampoco un adulto. Su creciente madurez le lleva a distanciarse de los criterios recibidos de su entorno (familia, profesores, usos y costumbres sociales) sin que tenga aún otros valores interiorizados y asumidos como propios. Desea libertad y autonomía, rebelándose de toda forma de autoridad y queriendo romper con los esquemas recibidos. En casos extremos, situaciones conflictivas como el inicio del uso de sustancias psicoactivas o un embarazo pueden ser expresión de esa rebelión y protesta.

Los principales problemas éticos en la atención al adolescente se plantean en relación con el ejercicio de la autonomía y el respeto a la confidencialidad⁽¹⁻³⁾. Además, existen algunas situaciones, como los trastornos de conducta alimentarios, las conductas adictivas y la anticoncepción, que merecen un análisis particular.

El consentimiento por representación y la edad para consentir

El consentimiento informado permite el ejercicio práctico de la autonomía del paciente en el ámbito sanitario. La Ley 41/2002 rebaja la edad para poder tomar decisiones autónomamente, en el ámbito sanitario, a los 16 años, excepto para aquellos casos concretos (interrupción voluntaria del embarazo, práctica de ensayos clínicos y práctica de técnicas de reproducción humana asistida) que se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación. La nueva Ley establece que se otorgará el consentimiento por representación cuando el paciente menor de edad no sea capaz ni intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En ese caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos.

El consentimiento por representación se otorgará de modo adecuado a las circunstancias y según las necesidades, siempre a favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. No obstante, es mejor hablar de desarrollo cognitivo que de edad cronológica. Es indispensable la *voluntariedad*, pues se trata de actos libres en que no tiene que haber coacción ni manipulación. La *persuasión* es legítima, pudiendo ser de gran ayuda asertiva cuando el adolescente tenga dificultades para analizar los beneficios y riesgos de varias opciones de tratamiento y sea reacio a informar a los padres. Se evitará un lenguaje excesivamente técnico y probabilístico, adaptándose a las características socioculturales y psicológicas del adolescente o de su familia.

El consentimiento informado es una responsabilidad ética compartida entre el equipo de profesionales que colaboran en la atención al paciente. El pediatra de Atención Primaria (AP), debido a su posibilidad de establecer un contacto más continuado y próximo con el adolescente, goza de una posición privilegiada para la integración y práctica del consentimiento informado. Dicho contacto facilita una comunicación más fluida, que permite ponderar la capacidad del adolescente y conocer a su familia, sus creencias y valores.

¿Se pueden prestar servicios sanitarios sin informar a los padres o tutores legales?

El planteamiento clásico de la incapacidad presunta de todo menor se ha ido modificando en la segunda mitad del siglo XX, principalmente en los EEUU, apoyándose en las aportaciones de la psicología evolutiva del desarrollo cognitivo y moral. Kohlberg⁽⁴⁾ señala distintos estadios en la evolución de la conciencia moral y su correla-

ción con las edades cronológicas (Tabla I). La **doctrina del menor maduro** establece que los adolescentes pueden decidir determinadas cuestiones sanitarias, como el acceso a servicios de planificación familiar, el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual o la desintoxicación de drogas o alcoholismo, sin el conocimiento y/o consentimiento de los padres⁽⁵⁻⁷⁾. Posteriormente, esto se fue ampliando a todo tipo de tratamientos sanitarios. Los criterios comúnmente aceptados son: 1) edad superior a 14 años; 2) capacidad del paciente para tomar esa decisión, según opinión de su médico responsable; 3) el procedimiento es en beneficio del paciente y no implica riesgos graves. En los últimos años se ha aplicado también para decisiones de alto riesgo, como la supresión de medidas de soporte vital⁽⁸⁾. Pero en estos casos el juez tiene que aprobar explícitamente que el menor tiene capacidad para decidir y, además, los padres deben estar de acuerdo con la decisión.

En Europa, existe interpretación variable de la doctrina del menor maduro en aspectos como límite de edad requerido, el tipo de problema de salud así como distintas expresiones del concepto de emancipación⁽⁹⁾.

En España, el marco jurídico actual reconoce, como norma general, "el derecho del niño a ser oído, en la medida de su madurez, en todo aquello que le afecte". Se reconoce la capacidad legal de obrar del menor cuando se trata del ejercicio de derechos fundamentales de la persona entre los que se encuentran la vida, la salud y la libertad, considerándose los 12 años como una frontera de desarrollo para ser escuchados por el juez y, en algunos casos, para ser tenido en cuenta el consentimiento. La Ley de Protección del Menor (1996) afirma el reconocimiento pleno de los menores de edad como sujetos de derechos y con capacidad progresiva para ejercerlos. Señala que "la mejor forma de garantizar desde el punto de vista

TABLA I. SISTEMA DE EVOLUCIÓN DE LA CONCIENCIA MORAL SEGÚN KOHLBERG.

Nivel I (Preconvencional)	
Estadio 1: moralidad heterónoma (castigo/obediencia)	4-9 años
Estadio 2: individualismo, finalidad instrumental e intercambio	9-12 años
Nivel II (Convencional)	
Estadio 3: mutuas expectativas interpersonales	12-16 años
Estadio 4: sistema social y conciencia	>16 años
Nivel III (Postconvencional)	
Estadio 5: contrato social o utilidad y derechos individuales	>20 años
Estadio 6: principios éticos universales	

social y jurídico la protección a la infancia es promoviendo su autonomía personal". De hecho, para la participación en un protocolo de investigación clínica se exige el consentimiento de todo niño mayor de 12 años como requisito necesario, aunque no suficiente, según indica el Real Decreto de Ensayos Clínicos con medicamentos⁽¹⁰⁾.

En definitiva, la doctrina del menor maduro se basa en el respeto a los derechos civiles desde el momento en que es capaz o maduro para ejercerlos, con independencia de que haya alcanzado la mayoría de edad legal. Sin embargo, su aplicación en la práctica clínica plantea conflictos, especialmente en lo relacionado con:

Los límites del respeto a la autonomía y a la confidencialidad de la información clínica para determinadas cuestiones médicas que precisen el acceso a una adecuada asistencia (Ej.: métodos de contracepción, enfermedades de transmisión sexual, trastornos del comportamiento alimentario).

El manejo de la información en caso de padecer enfermedades con riesgo personal o para terceros (Ej.: infección por VIH, enfermedades genéticas).

La capacidad del menor para rechazar tratamientos indicados, especialmente si son vitales, incluso en desacuerdo con la voluntad de los padres.

El problema que permanece sin resolver en la práctica clínica es qué criterios de capacidad, es decir, qué habilidades psicológicas deben ser exigidas y cuándo dichas habilidades son suficientes. Otra cuestión importante es cómo evaluarlas y la elaboración de protocolos de evaluación de la capacidad aplicables a la práctica diaria^(1,11).

El análisis de la relación riesgo/beneficio, la gravedad del problema y la urgencia vital de la decisión son factores relevantes que deberán ser objeto de prudente deliberación. La escala móvil propuesta por Drane establece diferentes categorías en el nivel de competencia o capacidad, ponderando la naturaleza de la decisión y sus consecuencias⁽¹²⁾. Para tomar decisiones con un balance riesgo/beneficio muy alto, un menor ha de demostrar un grado de capacidad muy elevado. No podemos ignorar que hay diversas interpretaciones de la ley puesto que, para los menores de 16 años que tengan capacidad, la ley no especifica nada.

Sexualidad en adolescentes

El pediatra y la enfermera de pediatría de AP tienen la oportunidad de conocer y establecer una relación continuada y de confianza con el niño y su familia que les facilita el abordaje de cuestiones relativas a la sexualidad al llegar a la adolescencia. Las

medidas preventivas incluyen aconsejarles responsabilidad, así como proporcionar información y servicios de anticoncepción, cuando lo soliciten. Si se reconoce su capacidad, según su grado de madurez cognitivo, psicológico y afectivo, habrá que respetar la confidencialidad. No obstante, es preciso evitar tanto el paternalismo como un autonomismo radical que no proteja el mejor interés del menor como persona vulnerable⁽¹³⁾.

Las conductas adictivas

La adolescencia es una etapa de riesgo potencial para diversas conductas adictivas⁽¹⁴⁾. El consumo de sustancias en la adolescencia se centra principalmente en alcohol y tabaco, seguido del hachís y, de forma creciente, de las llamadas drogas de diseño. El tabaquismo, tanto pasivo como activo, es responsable y coadyuvante de patología pre y postnatal así como la principal causa de muerte prematura evitable. Puesto que el inicio del hábito de fumar y beber alcohol se produce principalmente en la adolescencia, es importante promover conductas que contribuyan a su reducción. Los profesionales sanitarios hemos de ser agentes de educación sanitaria y somos patrones de referencia en cuanto a la práctica de conductas de vida sana, de ahí nuestra responsabilidad de dar ejemplo. Se debe ayudar al niño y al adolescente a tomar decisiones inteligentes y a reforzar las decisiones adoptadas contra las presiones de los compañeros y otras influencias ambientales que le impulsan al consumo de sustancias tóxicas. Además, se puede colaborar en la lucha antidroga comunitaria apoyando campañas públicas, promoviendo todo aquello que modifique las actitudes sociales frente al tabaco y otras drogas. Los profesionales sanitarios tenemos la posibilidad de contribuir a crear un mundo que permita a los niños y adolescentes elegir no perder la libertad por estas adicciones.

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA)

Algo tan natural como la conducta alimentaria ha pasado a ser en nuestra cultura del consumo y la abundancia, el signo por excelencia de la angustia de los jóvenes, principalmente de las chicas. La cifra se ha triplicado en los últimos 10 años, de modo que el 10% de los adolescentes pueden llegar a tener algún problema relacionado con la alimentación. El problema no es sólo médico sino también social, cultural y familiar, y requiere un abordaje multidisciplinar sobre todos estos factores. En situaciones de peligro vital de los TCA graves, la distorsión afectiva dificulta o impide el control de los propios impulsos, dificultando la toma de decisiones autónomas, lo que éticamente justifica el internamiento forzoso de la paciente por la urgencia y buscando su beneficio. Sin embargo, no podemos olvidar la excepcionalidad de la situación y respetar la autonomía del paciente en cuanto la situación clínica y psicológica lo permita⁽¹⁵⁾.

A modo de conclusión

En los menores de dieciséis años, en principio son los padres quienes otorgarán el consentimiento por representación, si bien el pediatra promoverá la autonomía y la responsabilidad en el autocuidado de la salud de los adolescentes, informándoles y haciéndoles partícipes de la decisión en función de su capacidad. A partir de los doce años, además, habrá que escuchar siempre la opinión del menor. No obstante, la edad no es necesariamente un indicador objetivo de competencia o capacidad y es mejor hablar de desarrollo cognitivo que de edad cronológica. La comunicación es clave en todo el proceso de relación clínica. De ahí, la responsabilidad de formarse adecuadamente y mejorar las habilidades de comunicación de modo que la relación clínica resulte satisfactoria y de más calidad. Para in-

formar se debe disponer de tiempo suficiente y espacio adecuados. En ocasiones, la sobrecarga de trabajo es uno de los obstáculos para que dicha comunicación sea satisfactoria. Para corregir dicha situación, no es suficiente, decir que no hay tiempo, sino que habrá que analizar a fondo cómo nos organizamos, cómo administramos los recursos, uno de los cuales es el tiempo, así como argumentar y defender las prioridades para lograr los cambios que consideremos necesarios.

El pluralismo de nuestra sociedad dificulta cada vez más determinar cuál es el mejor interés del adolescente sin caer en un paternalismo. La reflexión de los profesionales implicados en la atención de los adolescentes con el desarrollo de protocolos de evaluación clínica de la capacidad así como el debate público permitirán alcanzar consensos que garanticen el equilibrio entre la protección del menor como persona vulnerable y el respeto a su creciente autonomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gracia D, Jarabo Y, Martín Espíldora N, Ríos J. Toma de decisiones con el paciente menor de edad. En: Gracia D y Júdez J (eds.) *Ética en la práctica clínica*. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid, Editorial, Triacastela; 2004: pp. 127-160.
2. Ogando B, García-Pérez C. Consentimiento informado y capacidad para decidir del menor maduro. *Pediatr Integral* 2007; XI: 877-883.
3. Simón P, Barrio I. La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: un problema ético y jurídico. *Rev Esp Pediatr* 1997; 53: 107-118.
4. Kohlberg L. *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1992.
5. American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics. Informed consent, parental permission and assent in pediatric practice. *Pediatrics* 1995; 95:314-317.
6. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. The adolescent's right to confidential care when considering abortion. *Pediatrics* 1996; 97:746-751.

7. American Academy of Pediatrics. Model act providing for consent of minors for health services. *Pediatrics* 1973; 51: 293-296.
8. American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics. Guidelines on forgoing life-sustaining medical treatment. *Pediatrics* 1994; 93:532-536.
9. Vernon B, Welbury J. Consent for the examination or treatment of teenagers. *Current Pediatrics* 2002; 12:458-462.
10. Real Decreto 223/2004, del 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos (BOE n° 33, de 7 de febrero de 2004).
11. King NM, Cross AW. Children as decision makers: guidelines for pediatricians. *J Pediatr* 1989; 115:10-16.
12. Drane JF. Competency to give an informed consent. A model for making clinical assessments. *JAMA* 1984; 252:925-927.
13. Bonet C. Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. *Pediatr Integral* 2007; XI (10): 911-918.
14. Hidalgo MI, Júdez J. Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas. *Pediatr Integral* 2007; XI: 895-910.
15. Muñoz Calvo MT, Casas Rivero J, Jáuregui Lobera I, Ceñal González-Fierro MJ, Reyes López M. Los trastornos del comportamiento alimentario: aspectos clínicos, orientaciones terapéuticas y sus implicaciones éticas y legales. *Rev Esp Pediatr* 1997; 53: 172-187.