

Aspectos bioéticos en la atención al adolescente

I. Riaño Galán*, I. del Río Pastoriza**

*Unidad de Endocrinología y Diabetes Infantil. AGC Pediatría. HUCA. Oviedo. Máster en Bioética. Coordinadora Comité de Ética de la AEP

**Pediatra CS Arcade. Pontevedra. Máster en Bioética. Secretaria Comité de Ética de la AEP



Resumen

El enfoque en la atención al adolescente desde la bioética, aporta una mirada abierta y enriquecedora hacia las personas en esta etapa vital con tanto potencial, pero al mismo tiempo tanta vulnerabilidad, lo que nos exige actuar con prudencia. Es precisa una formación científica y tecnológica, la mejor posible, pero la integración de los aspectos éticos en nuestra práctica clínica constituye una necesidad si queremos lograr la excelencia. Los cambios en la relación clínica hacen indispensable la incorporación del menor en la toma de decisiones sobre su salud, de acuerdo con su madurez y capacidad. Se debe promover la autonomía y la responsabilidad en el autocuidado de la salud, informándoles y haciéndoles partícipes de la decisión en función de su capacidad. La reflexión de los profesionales implicados en la atención de los adolescentes, 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. Nuestra actitud como profesionales ha de ser la de agentes de educación sanitaria y patrones de referencia.

Abstract

The focus on adolescent care from the Bioethics perspective, provides an open and enriching vision of this vital stage with so much potential, but at the same time with so much vulnerability; hence, we must act with caution. The best possible scientific and technological training is necessary, but the integration of ethical aspects in our clinical practice is a requirement if we aim to achieve excellence. Changes in the clinical relationship make it essential to include the minors in making decisions about their health, according to their maturity and capacity. Autonomy and responsibility in health self-care should be promoted, informing and making them participate in decisions, based on their capacity. The reflection of the professionals involved in the care of adolescents, as well as the public debate, will allow reaching consensus that guarantee a balance between the protection of the minors as vulnerable individuals and respecting their growing autonomy. Our attitude as professionals must be that of health education agents and role models.

Palabras clave: Ética; Adolescencia; Interés superior del menor; Confidencialidad; Adicciones.

Key words: Ethics; Adolescent; The best interest of the minor; Confidentiality; Addictions.

OBJETIVOS

- Comprender la necesidad de incorporar los valores en la atención clínica al adolescente.
- Aprender a deliberar para superar los desacuerdos en la práctica clínica.
- Conocer los factores a tener en cuenta para valorar la capacidad del menor para tomar decisiones autónomas.
- Descubrir el interés superior del menor, como el criterio ético y legal para la toma de decisiones.
- Afrontar el reto de acompañar a los adolescentes en situaciones de riesgo.
- Mostrar la diversidad como una riqueza humana.

Introducción

La adolescencia es una etapa compleja, de riesgos y oportunidades, etapa de cambios, tanto en la esfera somática como en la psicoafectiva, moral y social.

La adolescencia no es un fenómeno nuevo. Lo novedoso es la tendencia a prolongar este periodo, la denominada “adulescencia” o adolescentes eternos, que se instalan en esa etapa vital, sin tomar la propia vida en las manos de forma activa, para gobernarla acorde a la razón, pues eso es para

Kant alcanzar la madurez. En este sentido, la adolescencia tiene mucho que ver con la ética, pues esta trata de construir valores y es en esta etapa cuando se interiorizan los valores y madura la propia personalidad. El adolescente vive un periodo de incertidumbre, ya no es un niño, pero tampoco un adulto. Su creciente madurez le lleva a distanciarse de los criterios de su entorno (familia, profesores, usos y costumbres sociales), sin tener aún otros valores interiorizados y asumidos como propios⁽¹⁾. Desea libertad y autonomía, rebelándose de toda forma de autoridad y queriendo

romper con los esquemas recibidos. En casos extremos, situaciones como el inicio del uso de sustancias psicoactivas, pueden ser expresión de esa rebelión y protesta.

¿Es necesaria la formación en ética?

La formación en bioética dota de herramientas para resolver los problemas, cada vez más complejos, a los que nos enfrentamos en la práctica clínica.

La resolución satisfactoria de los problemas éticos, que son conflictos de valores, exige una formación en bioética. El horizonte es promover personas autónomas, comprometidas y responsables en su ejercicio profesional, capaces de cambiar las reglas recibidas y dar respuesta a los nuevos interrogantes⁽²⁾. La ética trata de los deberes y, en nuestro caso particular como pediatras, del deber de promover el valor de la salud en los niños y adolescentes. La buena voluntad, el sentido común y la experiencia no son suficientes. Constituyen un buen punto de partida, pero deben acompañarse de una metodología apropiada

que nos permita la toma de decisiones prudentes y responsables.

La formación teórica no es suficiente, puesto que la clave radica en lo que se aprende del ejemplo, es decir, el llamado “currículo oculto”⁽³⁾. Este incluye las múltiples “rutinas” no cuestionadas, que impregnan la práctica clínica cotidiana, y que las personas en formación perciben y asumen.

La comunicación es clave en todo el proceso de relación clínica. Por ello, la responsabilidad de mejorar las habilidades de comunicación, de forma que la relación clínica tenga más calidad y calidez. Para informar, es preciso tiempo suficiente y espacio adecuado. En ocasiones, la sobrecarga de trabajo es uno de los obstáculos, pero no es suficiente decir que no hay tiempo, sino que habrá que analizar cómo nos organizamos, así como argumentar las prioridades para lograr los cambios necesarios. Tal y como indica Carmen Martínez⁽⁴⁾, un gran problema de comunicación con el adolescente es la incomunicación. Propone cinco actitudes que promueven la buena comunicación: capacidad de escucha, asentimiento, actitud empática, favorecer la confidencialidad y capacidad de contención. Sin olvidar

Tabla I. Decálogo de valores a construir en la relación clínica con el adolescente

Autenticidad	Integridad y coherencia entre lo que se dice y lo que se hace
Benevolencia	Deseo y voluntad de hacer el bien del adolescente
Receptividad	Escucha activa, comprender sin juzgar
Veracidad	Decir la verdad, teniendo en cuenta su capacidad de comprensión
Compasión	Empatía y comprensión que nos moviliza para ayudarlo
Relación de ayuda	Acompañamiento, sin generar dependencias
Justicia distributiva	Respetar los derechos del adolescente, ajustarse a sus necesidades y a su modo de ser, y distribuir equitativamente los recursos sanitarios
Prudencia	Capacidad de discernir razonadamente la actuación correcta en cada situación
Confidencialidad	Fomentar el derecho a confidencialidad salvo riesgo para su vida o salud
Responsabilidad	Entendida como: “el deber de cuidar y preocuparse del otro vulnerable”

Tomado de: Riaño Galán I, del Río Pastoriza I, Díaz E. Implicaciones éticas de la atención al adolescente. En: Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Molinero L, Muñoz Calvo MT. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral 3ª ed. Madrid: Ergon; 2021. p. 41-7.

Tabla II. Método deliberativo para análisis de casos clínicos, adaptado de Diego Gracia

Análisis de los hechos	
1	Presentación del caso clínico
2	Análisis y aclaración de los aspectos clínicos del caso
Análisis de los valores	
3	Identificación de los problemas éticos del caso
4	Elección del problema ético principal
5	Identificación de los valores en conflicto
6	Identificación de los cursos extremos de acción
7	Árbol de cursos intermedios de acción
Análisis de los deberes	
8	Elección del curso de acción
9	Pruebas de consistencia: legalidad, publicidad y tiempo
10	Decisión final

en palabras de Peter Drucke, que lo más importante en la comunicación es lo que no se dice.

Aprender a deliberar

La bioética tiene una orientación práctica y nos aporta un método para tomar decisiones.

El objetivo de la bioética es educar en la deliberación, dotar al ser humano de una “segunda naturaleza”, buscando que nuestras decisiones sean justas, correctas, prudentes, en una **búsqueda de la excelencia**. Adquirir hábitos deliberativos, exige esfuerzo y el desarrollo de actitudes como: respeto, diálogo, escucha activa y empatía⁽⁵⁾.

La tabla I resume algunos de los valores a construir en nuestra relación clínica con los adolescentes⁽⁶⁾. Resulta imprescindible conjugar la medicina basada en la evidencia con la medicina basada en los valores^(7,8). Cada caso es único, por ello, debe ser analizado desde los hechos clínicos a los valores implicados. Hemos de asumir la incertidumbre

e intentar que participen en el proceso deliberativo todos los implicados, en la medida de sus posibilidades y madurez, desde una ética de la responsabilidad. En los casos más complejos, se puede solicitar el asesoramiento de un comité de ética asistencial. La tabla II resume, de forma esquemática, los diez pasos a aplicar según el método deliberativo para análisis de casos clínicos adaptado por Diego Gracia.

Cabe resaltar dos elementos claves aplicables a cualquier situación. En primer lugar, la **competencia científica**, que implica el compromiso de formación continuada. Son necesarios **equipos de profesionales** bien formados, capaces de atender a los adolescentes de forma continuada y personalizada. En segundo lugar, se promoverá al máximo su autonomía, facilitando su participación, de forma coherente con su escala de valores, desde una actitud de respeto.

El consentimiento por representación y la edad para consentir

Los principales problemas éticos en la atención al adolescente, se plantean en relación con el ejercicio de la autonomía.

El consentimiento informado permite el ejercicio práctico de la autonomía en el ámbito sanitario. El consentimiento por representación se otorgará 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 doce años cumplidos. La Ley 41/2002 había rebajado la edad para tomar decisiones sanitarias autónomas a los 16 años, excepto para casos concretos (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 Ley 26/2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia reformó la Ley 41/2002, incorporando el criterio subjetivo de madurez del menor junto al objetivo, basado en la edad, tal y como se recogía en la Circular 1/2012 de la Fiscalía General del Estado por los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre menores en caso de riesgo grave⁽⁹⁾. Cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor (referido a los menores emancipados o mayores de 16 años), según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del menor. Por otra parte, en los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho, la decisión debe adoptarse

atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente, y en caso contrario, deberá ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente.

El consentimiento informado es una responsabilidad ética compartida entre el equipo de profesionales. La complejidad del mundo moderno ha ido obligando al mundo jurídico a reconocer ámbitos en los que el menor puede realizar actos de manera más o menos autónoma, con capacidad suficiente, similar a un mayor de edad. La doctrina del menor maduro se basa en el respeto a los derechos civiles, desde el momento en que el individuo es capaz para ejercerlos, con independencia de que se haya alcanzado la mayoría de edad legal, pero no hay una edad definida en la que podamos afirmar que un menor sea maduro. El marco jurídico español actual reconoce como norma general, en la Ley de Protección del Menor, el derecho del niño a ser oído, en la medida de su madurez, en todo aquello que le afecte. Asimismo, se afirma el reconocimiento pleno de los menores de edad como sujetos de derechos y con capacidad progresiva para ejercerlos.

La evaluación de la capacidad del adolescente es un tema complejo, que se hará de forma individualizada y prudential. Las aportaciones de Kohlberg sobre el desarrollo del pensamiento moral, permiten distinguir tres niveles que representan los diferentes tipos de relación entre el yo y las reglas o expectativas de la sociedad (Tabla III)⁽¹⁰⁾. Se han hecho muchos esfuerzos para buscar herramientas que permitan “medir” la capacidad. En este sentido, la escala de competencia de Lleida facilita medir la madurez del menor, discriminando entre el estadio preconvencional y convencional⁽¹¹⁾. No obstante, evaluar la capacidad con herramientas es una parte importante, pero no es la única, ni siquiera la decisiva.

Ponderación del riesgo de la decisión. La escala móvil de competencia de Drane (Tabla IV) sigue siendo un referente acerca de la proporcionalidad de la decisión: se deberá ajustar el grado de madurez requerido al riesgo de la decisión⁽¹²⁾. Cuanto más graves, peligrosas o irreversibles sean las con-

Tabla III. 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 (Posconvencional)

Estadio 5: contrato social o utilidad y derechos individuales >20 años

Estadio 6: Principios éticos universales

Modificado de: Kohlberg L. *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer. 1992.

Tabla IV. Escala móvil de competencia de Drane**Nivel 1. Decisión fácil con riesgo bajo**

- Consentimiento en caso de:
 - Tratamiento eficaz para una enfermedad aguda
 - Diagnóstico cierto
 - Beneficio alto /riesgo bajo
 - Alternativas limitadas
- Rechazo de caso de:
 - Tratamiento ineficaz

Nivel 2. Decisión media con riesgo intermedio

- Consentimiento o rechazo en caso de:
 - Enfermedad crónica / diagnóstico dudoso
 - Enfermedad aguda con tratamiento de resultado incierto
 - Beneficio incierto / alto riesgo

Nivel 3. Decisión difícil con riesgo alto

- Consentimiento en caso de:
 - Tratamiento ineficaz / investigación en individuo sano
- Rechazo de caso de:
 - Tratamiento eficaz para una enfermedad aguda
 - Diagnóstico certero
 - Beneficio alto /riesgo bajo
 - Trastorno grave/ alternativas limitadas/ amenaza vital inmediata

Modificado de: Drane JF. Las múltiples caras de la competencia. En: Couceiro A, ed. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999. p. 163-76.

secuencias, mayor ha de ser la exigencia de capacidad.

La búsqueda del interés superior del menor

El interés superior del menor es un criterio ético y legal que siempre hemos de tener presente.

Según la Jurisprudencia, habría que entender el interés del menor, como todo aquello que le beneficia, en el sentido más amplio posible y no solo de orden material, también social, psicológico y moral, todo lo que redunde en su dignidad como persona y en la protección de

sus derechos fundamentales; y todo ello, más allá de las preferencias personales de sus padres, tutores, guardadores, médicos o administraciones públicas.

Son muchas las situaciones, difíciles de resolver, que se originan en las consultas de Pediatría. Un escenario más habitual de lo deseable es el de padres separados, que instrumentalizan al menor, queriendo, cada uno, utilizar la asistencia sanitaria en su propio beneficio.

Puede ayudarnos recordar que nuestra obligación, ética y legal, es atender al interés del menor, no dejándonos llevar por las exigencias y/o peticiones de los padres, a las que atenderemos si redundan en beneficio del menor, pero no en caso contrario. Esto también se aplica para el consentimiento por representación; puesto que, en caso de que la decisión de los padres no se ajuste a ese interés superior, el asunto deberá ponerse en conocimiento de la autoridad judicial si las circunstancias lo permiten, o si no lo hacen, actuar directamente en beneficio de dicho menor.

Confidencialidad y protección de datos de menores

El derecho a la confidencialidad y a la protección de datos personales de los que los menores son titulares, es una manifestación más del principio de autonomía.

La confidencialidad de la información clínica para determinadas cuestiones médicas que precisen el acceso a una adecuada asistencia, es un aspecto importante en la atención al adolescente, cuestión ligada al desarrollo del concepto de menor maduro⁽¹³⁾.

La Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, establece que los menores, mayores de 14 años pueden consentir el tratamiento de sus datos personales, exceptuando algunos supuestos⁽¹⁴⁾. Esto significa que los mayores de 14 años consienten el tratamiento de datos que implica la elaboración de su historia clínica y tienen, desde esa edad, acceso a la misma, sin necesidad de contar con el consentimiento de sus padres⁽¹⁵⁾.

Sin embargo, es necesario distinguirlo y, a su vez, conectarlo, con los

supuestos en que la ley 41/2002, de autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de documentación clínica, que requieren del consentimiento por representación, y que, en el ámbito de la asistencia sanitaria, la "mayoría de edad" viene regulada a partir de los 16 años.

Podría plantearse el caso de que un adolescente mayor de 14 años prohibiese el acceso a su historia clínica de sus progenitores. En estos casos y sin perjuicio del derecho de los menores, también se reconoce a los padres o tutores, como titulares de la patria potestad, para poder ejercer adecuadamente los deberes inherentes a la misma, ese derecho de acceso a la historia clínica de sus hijos, que estos no podrían evitar.

El tratamiento de los datos de los menores de 14 años tiene que estar autorizado por los titulares de la patria potestad o tutela, pero debemos tener siempre en cuenta, el principio del interés superior del menor que prevalecerá sobre la decisión de los padres, si esta les perjudicase.

Bioética práctica en la consulta del adolescente

La atención del adolescente debe ir más allá de nuestro posible papel en contextos de riesgo y ser capaces de acompañarles.

Se trataría de una responsabilidad en el acompañamiento durante el proceso de desarrollo de la autonomía, desde un enfoque integral de educación para la salud. El enfoque desde la bioética aporta una mirada abierta y enriquecedora hacia las personas en esta etapa vital con tanto potencial, pero al mismo tiempo tanta vulnerabilidad, lo que nos exige actuar con prudencia. Nos lleva a ampliar nuestra mirada más allá del respeto, como Derecho Humano fundamental, entendiendo como imperativo ético las diversidades (sexual, cultural, funcional...) como una riqueza humana.

Trataremos los siguientes temas como más relevantes: la atención a menores que acuden solos a la consulta y la multiculturalidad; las implicaciones éticas de la educación afectivo-sexual; dentro de la atención a las adicciones, hablaremos del juego y la adicción a la tecnología y el acompañamiento en problemas de salud mental.

Atención al adolescente no acompañado

No existe justificación, ni ética ni legal, para no atender al adolescente no acompañado en caso de patologías banales.

Nuestro deber es siempre de acogida inicial para realizar actividades de educación para la salud y detectar conductas de riesgo. En caso de observar indicios de problemas graves de salud o dichas conductas, intentaremos persuadirlos para que acudan con la familia (o incluso llegar a localizarla si existiese riesgo vital).

Multiculturalidad

Desde una mirada ética se promueve, más allá del respeto, la diversidad cultural como una riqueza humana.

Tenemos que realizar un esfuerzo de empatía y solidaridad para atender a las personas con calidez y calidad. Como derecho humano y deber profesional. Pensando, además, en los adolescentes como grupo de riesgo por su especial vulnerabilidad.

Educación afectivo-sexual

La educación sexual no puede ir desligada de la educación afectiva.

Es necesaria la formación en valores de los adolescentes y, en especial, la afectivo-sexual, dado que tiene un componente ético innegable. Los límites esenciales en la sexualidad y su expresión, se encuentran dentro de los Derechos Humanos y los principios de la ética⁽¹⁶⁾. Es preciso ayudar a los adolescentes a crear un código ético propio para que ejerzan sus derechos, respeten los de los demás, y desarrollen actitudes y conductas responsables y saludables. La educación sexual necesita ser humanizada y menos estereotipada, siendo la familia el modelo de conducta, y dentro del concepto de la educación para la salud en un sentido amplio y positivo.

Entendida de modo global de salud física y psíquica, puede constituir un elemento de protección para los más vulnerables. Además, se trata de un derecho incorporado en convenciones internacionales (Convención sobre los Derechos de los Niños, Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos,

Sociales y Culturales, y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo).

Tal y como afirman Chis Oliveira y Amada Traba: *“la educación afectivo-sexual tendría que ayudar en la construcción de un proyecto de vida propio en un marco de libertad y en la construcción de puentes de entendimiento entre las personas con independencia de identidades y orientaciones”*⁽¹⁷⁾. Es preciso buscar espacios para una educación reflexiva que permita superar los problemas más graves (malestar, agresiones, cosificación, adicciones) y que trabaje ejes transversales como: el consentimiento, la igualdad, el cuidado y la salud. La hipersexualización y la aparente libertad sexual puede ser reflejo de los problemas relacionados con el nuevo mito derivado de la sociedad de consumo. La pornografía como principal fuente de información sexual en adolescentes, condiciona sus comportamientos sexuales, generando expectativas irreales y provocando alarma entre los profesionales. Como consecuencia de la concepción de la sexualidad dominadora e irresponsable, se aprecia un incremento del uso de la prostitución por parte de los jóvenes, así como la fascinación por tener relaciones sexuales con robots. Los adolescentes “encuentran en la prostitución y en la pornografía una escuela de la desigualdad humana”, lo cual debe ser motivo de reflexión.

En relación con la diversidad de género, el posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría (AEP) pretende aportar una mirada ética⁽¹⁸⁾. Como profesionales, debemos contar con una formación mínima e información básica sobre nuestros recursos locales, para realizar un acompañamiento médico positivo, entendiendo la diversidad sexual como una riqueza humana.

Salud digital

El acceso a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) es un derecho, pero se han de facilitar herramientas para evitar que pierdan su identidad, su independencia, su seguridad y su individualidad.

El experto en seguridad digital, Guillermo Cánovas, presidente y fundador de la organización de protección del

menor Protégeles, ofrece una guía para la salud digital⁽¹⁹⁾. Apunta que los adolescentes demandan información sobre seguridad, siendo importante incorporar los términos de “salud” y “responsabilidad”, en el concepto global de “Salud digital”. Cabe reseñar su colaboración en webs de ayuda (<https://educalike.es/>; <https://guiasaluddigital.com/>).

El objetivo sería facilitar herramientas que les permitan adaptarse al nuevo entorno. Podemos evitar problemas asociados al uso incorrecto de las TIC si los identificamos y trasladamos a la educación. Debemos conocer las posibles experiencias dañinas: *ciberbullying* (acoso escolar *online*); *cibergrooming* (acoso sexual); usurpaciones de identidad; y desórdenes de adicción a Internet y a otras nuevas tecnologías. Son necesarias: campañas de prevención, difusión de líneas de ayuda y atención personalizada.

Asimismo, no hemos de olvidar la gran influencia de las redes sociales sobre el modo en que los adolescentes construyen su identidad, su autoestima y sus relaciones. Los perfiles que crean, desempeñan un papel fundamental a la hora de aceptar lo que sienten y piensan. Les permite: recibir validación social, interiorizar normas sociales, adquirir control sobre sí mismos, reforzar y crear vínculos.

Como profesionales, debemos conocer los posibles impactos negativos, para detectarlos y ofrecer ayuda especializada. La conducta adictiva a Internet (CAI) se refiere a un patrón de comportamiento caracterizado por la pérdida de control sobre el uso de Internet. Conduce potencialmente al aislamiento, descuido de las relaciones sociales, actividades académicas y recreativas, y de la salud. Se enmarca en la conducta o comportamiento disfuncional en Internet (CDI). Como en las demás adicciones, podemos encontrarnos con distintas categorías (uso, abuso/uso inadecuado, adicción), que requerirán distintos tipos de manejo en función de la gravedad. También existen riesgos con los videojuegos: adicción, contacto con desconocidos, acoso, gasto económico, aislamiento y desarrollo de emociones negativas.

Las consecuencias derivadas del mal uso se pueden evitar trabajando con los menores, con implicación de las familias e integración de la formación en

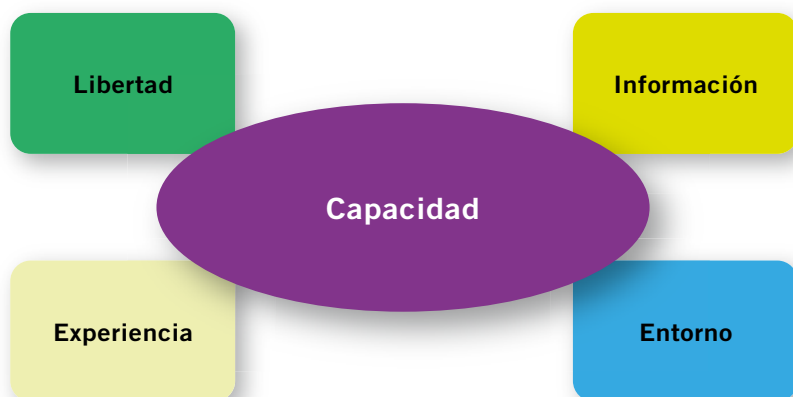


Figura 1. Requisitos necesarios para la toma de decisiones autónomas.

el currículo escolar. Desde la bioética, como profesionales, en la búsqueda del recomendable “curso óptimo de acción”, procede reflexionar sobre la necesidad de situarnos en un punto intermedio con respecto a la tecnología: ni tecnófilos ni tecnófobos.

Conductas adictivas

Nuestra actitud como profesionales ha de ser la de agentes de educación sanitaria y patrones de referencia.

La adolescencia es una etapa de riesgo potencial para las adicciones (tabaco, alcohol, drogas, juego...)⁽²⁰⁾. Hemos de valorar en qué categoría nos encontramos, para decidir nuestra actuación. Del consejo sanitario, en caso de consumo esporádico, sin distorsión de la vida del adolescente, que permitirá mantener la confidencialidad, al extremo de la adicción grave, que precisará de asistencia especializada y apoyo familiar, por la merma de la capacidad para tomar decisiones autónomas y las escasas posibilidades de gestionarlo sin ayuda. Hemos de acercarnos al adolescente, ofreciendo recursos adecuados, donde puedan encontrar respuestas claras a sus interrogantes, como las *webs* de organizaciones sanitarias, por ejemplo, la *web* Salud Joven de la AEPap (<http://www.familiaysalud.es/salud-joven>).

Trastornos psiquiátricos

Ante los trastornos psiquiátricos, se ha de acompañar y valorar su gravedad y cómo afectan a su capacidad.

De igual modo que con las adicciones, nuestra actitud dependerá de las consecuencias, de la distorsión del trastorno sobre su vida, la gravedad y el modo en que afecten a su capacidad para la toma de decisiones autónomas. Por ello, podemos considerar apropiado mantener la confidencialidad en trastornos leves, pero proceder a un internamiento forzoso, justificado éticamente, en caso de urgencia y riesgo vital.

Cabe destacar los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) por su frecuencia e importancia social. Sin duda, precisan de un manejo multidisciplinar y una valoración individualizada. Como profesionales, no podemos obviar los riesgos de páginas *web* que promueven de forma explícita los TCA y debemos adoptar una conducta proactiva para evitar su expansión.

Función del pediatra de Atención Primaria

El pediatra de Atención Primaria goza de una posición privilegiada para acompañar al adolescente en el proceso de desarrollo de su autonomía. Ello se debe a su posibilidad de establecer un contacto más continuado, próximo e intenso desde la infancia, que facilita una comunicación más fluida y mejor conocimiento del menor y su familia, sus creencias y valores, sus dudas y temores. Por ello, puede actuar como elemento fundamental en la integración y práctica del consentimiento informado. Como pediatras, se debe valorar la capacidad para tomar una decisión madura en una situación concreta, más que la madurez global. La adolescencia constituye una

etapa idónea para entrenarse en tomar aquellas decisiones para las que tienen madurez suficiente, así como responsabilizándose de forma progresiva de adquirir hábitos de vida saludables. Por todo ello, hemos de ser prudentes al ponderar su participación en la toma de decisiones y hacer planteamientos integrales y personalizados que tengan en cuenta todos los elementos que caracterizan las decisiones como autónomas (Fig. 1); y como señala Diego Gracia, evitar caer en el error clásico de considerar inmaduro al que tiene un sistema de valores distinto al nuestro. En definitiva, junto a la mejora de la calidad técnica, es necesario fomentar la calidad ética de las intervenciones, de modo que la dignidad y la autonomía de los adolescentes sean respetadas.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del manuscrito. Declaración de intereses: ninguno.

Bibliografía

Los asteriscos muestran el interés del artículo a juicio de las autoras.

1. Martínez González C. Aspectos éticos en la adolescencia: del menor maduro al adulto autónomo. *Adolescere*. 2013; 1: 22-6.
- 2.** Riaño Galán I. La bioética en la formación de los pediatras. *An Pediatr (Barc)*. 2014; 80: 69-70.
3. Martínez González C, Riaño Galán I. La empatía, elemento clave del currículo oculto. Editorial. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2018; 11: 189-90.
- 4.** Martínez González C, Ortega González C. Entrevista con el adolescente. Problemas de comunicación. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*. 2016; 7: 23-6.
- 5.*** Gracia D. Teoría y práctica de la deliberación moral. En: Feito L, Gracia D, Sánchez M. (Eds.). *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid, Triacastela; 2011. p. 101-54.
- 6.*** Riaño Galán I, del Río Pastoriza I, Díaz E. Implicaciones éticas de la atención al adolescente. En: Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Molinero L, Muñoz Calvo MT. *Medicina de la Adolescencia*. Atención Integral 3ª ed. Madrid: Ergon; 2021. p. 41-7.
7. Sánchez Jacob M. ¿Por qué una medicina basada en los valores? Una reflexión desde la ética. *Adolescere*. 2016; IV: 28-34.
8. Petrova M, Dale J, Fulford B. Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *Br J Gen Pract*. 2006; 56: 703-9.

- 9.*** Martín Espíldora MN. Novedades en la ley de protección del menor. 2ª parte: atención al adolescente. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2016; 9: 1-15.
10. Kholberg L. *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1992.
11. Espejo M, Miquel E, Esquerda M, Pifarre J. Valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias: escala de la competencia de Lleida. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 26-30.
12. Drane JF. Las múltiples caras de la competencia. En: Couceiro A ed. *Bioética para clínicos*. Madrid, Triacastela; 1999. p. 163-76.
13. Martín Espíldora MN, Altisent Trota R, Delgado Marroquín MT. La intimidad, la confidencialidad y el secreto médico en la relación clínica con adolescentes. En: De los Reyes M, Sánchez-Jacob M (Eds.): *Bioética y Pediatría. Proyectos de vida plena*. Madrid: Editorial Ergon; 2010. p. 341-50.
14. Varios. La adaptación al nuevo marco de protección de datos tras el RGD y la LOPDGDD. Madrid: Wolters Kluwer. 2019.
15. Lizárraga Bonelli E, Cañones Garzón PJ. Reflexiones sobre el acceso a las historias clínicas por parte de los pacientes menores de edad. *Med Gen Fam*. 2017; 6: 277-84.
16. Varios. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?* Barcelona: Fundació Victor Grifols i Lucas. 2010.
17. Oliveira C, Traba A. *Amarte. Pensar el amor en el siglo XXI*. Editorial Los libros de la Catarata. Madrid. 2019.
- 18.** Riaño Galán I, del Río Pastoriza I, Chueca Guindulain M, Gabaldón Fraile S, de Montalvo Jáaskeläinen F. Posicionamiento Técnico de la Asociación Española de Pediatría en relación con la diversidad de género en la infancia y la adolescencia: mirada ética y jurídica desde una perspectiva multidisciplinar. *An Pediatr (Barc)*. 2018; 89: 123.e1-123.e6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.02.012>.
19. Cánovas G. Cariño he conectado a los niños. Guía sobre salud digital para familias y educadores. Bilbao: Ediciones Mensajero. 2015.
20. Hidalgo MI, Judez J. Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas. *Pediatr Integral*. 2007; XI: 895-910.

Bibliografía recomendada

- De los Reyes M, Sánchez-Jacob M (Eds.): *Bioética y Pediatría. Proyectos de vida plena*. Madrid: Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha; 2010; p. 41-8.

Libro de obligada referencia, cuya parte IV está dedicada a cuestiones durante la adolescencia. Desde el capítulo 36 al 51 analiza de forma pormenorizada aspectos éticos, para tener en cuenta en la etapa de la adolescencia.

- Gracia D. *Construyendo valores*. Madrid: Triacastela. 2013.

Desde la realidad cotidiana, describe el modo concreto de cómo los seres humanos elaboramos y construimos valores. Para Diego Gracia, el objetivo de cualquier programa docente ha de ser la educación en valores.

- Martínez González C, Tasso Cereceda M, Sánchez Jacob M, Riaño Galán I. Comité de Bioética de la AEP. *Pediatras sólidos en tiempos líquidos*. Reanimando la profesionalidad. *An Pediatr (Barc)*. 2017; 86: 354.e1-354.e4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.10.005>.

La profesionalidad apenas se enseña formalmente. Se aprende por ósmosis a través del curriculum oculto, que transmitimos de forma inconsciente a estudiantes, residentes y compañeros. Todos somos modelo o contramodelo de profesionalidad.

- Páginas *webs* recomendadas:
<http://www.familiaysalud.es/salud-joven/>
<https://educalike.es/>
<https://guiasaluddigital.com/>
<https://www.aeped.es/comite-bioetica>

Caso clínico

Adolescente de 14 años que, controlado por tiroiditis, acude solo a la consulta de Endocrinología Pediátrica a por los resultados del último control analítico. Está nervioso y nos cuenta toxicomanía (ya no solo los fines de semana, sino también cuando está solo y se siente ansioso), y afirma que no quiere que su familia lo sepa.

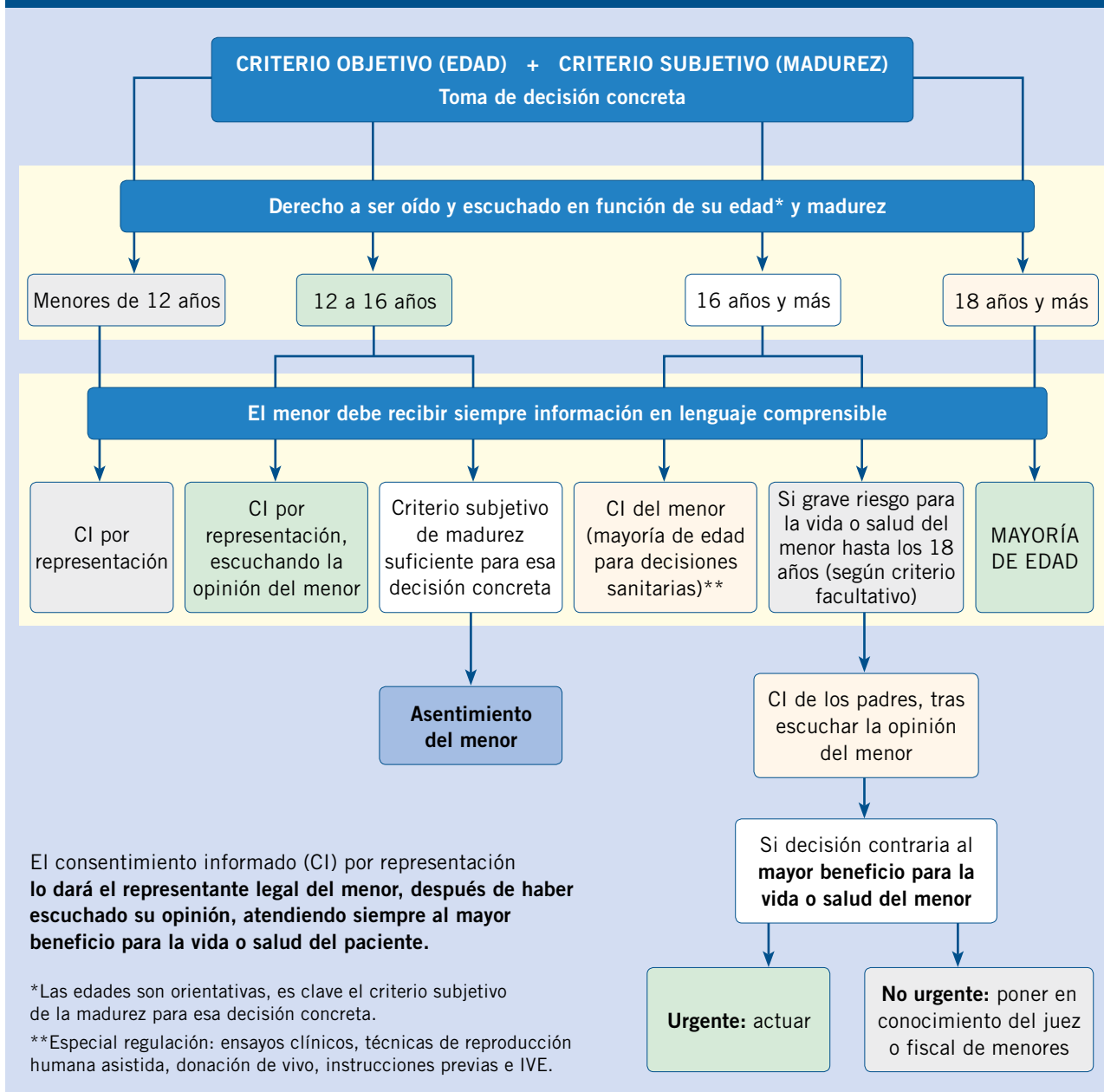
En primer lugar, se realiza la entrevista para determinar la evaluación psicosocial general y establecer el patrón de consumo, previo al proceso deliberativo para la toma de decisiones, con el fin de tener un conocimiento más profundo de los hechos.

Por el momento considera que el consumo no está distorsionando su vida a nivel personal, académico ni social, mantiene preservadas sus relaciones con amigos y tampoco parece que existan conflictos familiares graves, pero que lo que no quiere es preocupar a sus padres.

Tras esta recogida de datos de la entrevista clínica, procedemos a realizar el proceso deliberativo, de modo que se vulneren lo menos posible los valores en conflicto. Por un lado, nos encontramos con el derecho del menor a la confidencialidad que, en ocasiones, no es posible respetar, en caso de estar en grave riesgo su salud o su vida y, por otro, el derecho de la familia a participar en las decisiones sobre la salud de sus hijos menores (siempre en su beneficio), y el deber de protegerles, cuidarles y acompañarles cuando lo necesiten, sobre todo en situaciones de riesgo, donde es más probable que el menor precise de esa ayuda.

Nos encontramos con el conflicto ético de mantener la confianza y potenciar la autonomía del menor, pero intentando tomar decisiones clínicas prudentes, dada su potencial vulnerabilidad.

Algoritmo. Toma de decisiones del menor



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".



Questionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Aspectos bioéticos en la atención al adolescente

33. En caso de situación de grave riesgo para la salud o la vida de un adolescente de 14 años, señalar la respuesta **INCORRECTA**:
- Los padres o representantes legales serán los que tomen siempre las decisiones sobre la base del ejercicio de la patria potestad, no es preciso escuchar al menor en estos casos.
 - El menor ha de ser escuchado y tenida en cuenta su opinión, en la medida de lo posible.
 - Los padres solo pueden decidir, si lo hacen ateniéndose al interés superior del menor.
 - Los profesionales hemos de velar activamente para que no se vulnere el derecho a la protección de la salud del menor.
 - El consentimiento por representación se otorgará cuando el paciente menor de edad no sea capaz de comprender el alcance de la intervención.
34. Con respecto al derecho a la confidencialidad y a la protección de datos personales de los menores, señalar la respuesta **INCORRECTA**:
- Es una manifestación del principio de autonomía.
 - Los adolescentes mayores de 14 años pueden acceder a su historia clínica sin el consentimiento de sus padres.
 - El tratamiento de los datos de los menores de 14 años tiene que estar autorizado por los titulares de la patria potestad o tutela, salvaguardando el interés superior del menor.
 - Un adolescente mayor de 14 años puede prohibir a sus progenitores el acceso a su historia clínica.
 - La confidencialidad de la información clínica es un aspecto importante en la atención al adolescente, ligado al concepto de menor maduro.
35. Con respecto a nuestra actitud como profesionales ante trastornos psiquiátricos en adolescentes, señalar la respuesta **CORRECTA**:
- Hemos de valorar el grado de distorsión de la vida del menor.
 - Se podrá mantener la confidencialidad en caso de trastornos leves.
 - Existe justificación ética para un internamiento forzoso, si existe urgencia y riesgo vital.
 - Se precisa medir la capacidad para la toma de decisiones autónomas.
 - Todas son verdaderas.
36. Juan es un niño de 13 años con una leucemia linfoblástica aguda y una anemia grave con hemoglobina de 5,2%. La indicación clínica es ponerle un concentrado de hematíes, pero sus padres son testigos de Jehová y se niegan al uso de hemoderivados, ¿cuál le parece la conducta **MÁS ADECUADA**?
- Seguir las indicaciones de los padres, pues ellos son quienes ostentan la patria potestad y deciden por su hijo.
 - Dar el alta voluntaria y anotar en la historia clínica que se ha hecho esa indicación, pero los padres se han negado a firmar el consentimiento informado para la transfusión.
37. Señale la respuesta **CORRECTA** en relación con la toma de decisiones en el ámbito del adolescente:
- El menor de edad nunca puede tomar decisiones sanitarias.
 - El interés superior del menor es un criterio ético y legal para la toma de decisiones.
 - Se debe informar exclusivamente a los padres, pero no al menor.
 - Es similar a la toma de decisiones en adultos.
 - Les corresponde a los profesionales como expertos tomar las decisiones sanitarias en los niños y adolescentes.
37. Señale la respuesta **CORRECTA** en relación con la toma de decisiones en el ámbito del adolescente:
- El menor de edad nunca puede tomar decisiones sanitarias.
 - El interés superior del menor es un criterio ético y legal para la toma de decisiones.
 - Se debe informar exclusivamente a los padres, pero no al menor.
 - Es similar a la toma de decisiones en adultos.
 - Les corresponde a los profesionales como expertos tomar las decisiones sanitarias en los niños y adolescentes.

Caso clínico

38. Dado el contexto concreto del menor, SE DECIDE:
- Citar para seguimiento, con la propuesta de compromiso de acudir a la Unidad especializada de referencia.
 - Informarle de que, si la evolución es desfavorable, será preciso contar con la ayuda de su familia, porque nuestra obligación ética

- y legal es proteger su vida y su salud, y su familia tiene derecho a participar en las decisiones y el acompañamiento, en caso de gravedad.
- c. Ofrecer la posibilidad de mediación para informar a la familia, si la necesitase.
 - d. Facilitar la comunicación con nuestra consulta (correo electrónico, teléfono...).
 - e. Todas son correctas.
39. Señalar cuál de las siguientes opciones sería la **CORRECTA** para realizar un buen acompañamiento del menor en este caso de consumo de tóxicos:
- a. Promover conductas que contribuyan a su reducción.
 - b. Capacitar para saber decir NO a sus iguales.
 - c. Recomendar prácticas de conductas de vida saludable.
 - d. Responsabilidad de dar ejemplo.
 - e. Todas son correctas.
40. A los dos meses, nos llaman de la Unidad especializada y nos comentan que nuestro paciente ha dejado de asistir a las sesiones programadas, aunque inicialmente había cumplido con el compromiso adquirido y la evolución parecía favorable, señale la respuesta **CORRECTA**:
- a. Procederemos inmediatamente a la notificación judicial, por valorar una situación de grave riesgo para el menor, fuera de nuestro control.
 - b. Contactaremos con la familia sin demora, porque nuestro paciente no ha cumplido con lo pactado.
 - c. Intentaremos contactar con él para entrevistarlo y culpabilizarlo, por no haber mantenido su compromiso.
 - d. Adoptaremos una actitud de búsqueda del menor para transmitirle nuestra preocupación por la evolución, indagando cuáles han sido los motivos para abandonar el programa, ofrecer de nuevo nuestra ayuda, y valorar si es preciso un cambio de planteamiento.
 - e. Daremos un margen de confianza y esperaremos a que el chico contacte con nosotros.